

IF YOUR CLAIM IS LISTED HERE, ONE OR MORE OF THE DEBTORS ARE SEEKING TO DISALLOW YOUR CLAIM BECAUSE THEIR RECORDS SHOW THAT YOUR CLAIM IS DEFICIENT.

NAME	CLAIM #	DATE FILED	DEBTOR	ASSERTED CLAIM AMOUNT
Ortiz Ocasio, Luis A.	142206	6/28/2018	Employees Retirement System of the Government of the Commonwealth of Puerto Rico	\$0.00
Reason:	Proof of claim purports to assert liabilities associated with the Employees Retirement System of the Government of the Commonwealth of Puerto Rico, but fails to provide any basis or supporting documentation for asserting a claim against the Employees Retirement System of the Government of the Commonwealth of Puerto Rico, such that the Debtors are unable to determine whether claimant has a valid claim against the Employees Retirement System of the Government of the Commonwealth of Puerto Rico or any of the other Title III debtors			

SI SU RECLAMO ESTÁ INCLUIDO AQUÍ, UNO O MÁS DE LOS DEUDORES SOLICITAN QUE SU RECLAMO SEA RECHAZADO, PUESTO QUE LOS DATOS INDICAN QUE SU RECLAMO ES DEFICIENTE.

Reclamo de Mr. 370

NOMBRE	N.º DE RECLAMACIÓN	FECHA DE PRESENTACIÓN	DEUDOR	MONTO DE LA RECLAMACIÓN ALECADADA
Ortiz Ocasio, Luis A.	142206	6/28/2018	Employees Retirement System of the Government of the Commonwealth of Puerto Rico	\$0.00
Base para:	La evidencia de reclamación tiene la intención de formular las responsabilidades asociadas con el Sistema de Retiro de los Empleados del Gobierno del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, pero no proporciona los fundamentos ni la documentación de respaldo para formular una reclamación contra dicho sistema, de manera que los Deudores no pueden determinar si el reclamante tiene una reclamación válida contra el Sistema de Retiro de los Empleados del Gobierno del Estado Libre Asociado de Puerto Rico o cualquiera de los otros deudores en virtud del Título III.			

Copies of the Omnibus Objection and all other filings in the Title III Cases are available free online at <https://cases.primeclerk.com/puertorico>. If you have questions, please contact Prime Clerk LLC at (844) 822-9231 (toll free for U.S. and Puerto Rico) or (646) 486-7944 (for international callers), available 10:00 a.m. to 7:00 p.m. (Atlantic Standard Time) (Spanish available).

Copias de la Objeción global, y todos los escritos radicados en el marco de las causas conforme al Título III, están disponibles, de manera gratuita, en <https://cases.primeclerk.com/puertorico>. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Prime Clerk LLC llamando al (844) 822-9231 (número gratuito para Estados Unidos y Puerto Rico) o (646) 486-7944 (para llamadas desde el extranjero), disponible entre las 10:00 a.m. y las 07:00 p.m. (AST) (hablamos español).

IF YOUR CLAIM IS LISTED HERE, ONE OR MORE OF THE DEBTORS ARE SEEKING TO DISALLOW YOUR CLAIM BECAUSE THEIR RECORDS SHOW THAT YOUR CLAIM IS DEFICIENT.

NAME	CLAIM #	DATE FILED	DEBTOR	ASSERTED CLAIM AMOUNT
Ortiz Ocasio, Luis A.	113265	6/28/2018	Commonwealth of Puerto Rico	\$0.00
Reason:	Proof of claim purports to assert liabilities associated with the Commonwealth of Puerto Rico, but fails to provide any basis or supporting documentation for asserting a claim against the Commonwealth of Puerto Rico, such that the Debtors are unable to determine whether claimant has a valid claim against the Commonwealth of Puerto Rico or any of the other Title III debtors			

SI SU RECLAMO ESTÁ INCLUIDO AQUÍ, UNO O MÁS DE LOS DEUDORES SOLICITAN QUE SU RECLAMO SEA RECHAZADO, PUESTO QUE LOS DATOS INDICAN QUE SU RECLAMO ES DEFICIENTE.

NOMBRE	N.º DE RECLAMACIÓN	FECHA DE PRESENTACIÓN	DEUDOR	MONTO DE LA RECLAMACIÓN ALEGADA
Ortiz Ocasio, Luis A.	113265	6/28/2018	Commonwealth of Puerto Rico	\$0.00
Base para:	La evidencia de reclamación tiene la intención de formular las responsabilidades asociadas con el Estado Libre Asociado de Puerto Rico, pero no proporciona los fundamentos ni la documentación de respaldo para formular una reclamación contra el Estado Libre Asociado de Puerto Rico, de manera que los Deudores no pueden determinar si el reclamante tiene una reclamación válida contra el Estado Libre Asociado de Puerto Rico o cualquiera de los otros deudores en virtud del Título III.			

Copies of the Omnibus Objection and all other filings in the Title III Cases are available free online at <https://cases.primeclerk.com/puertorico>. If you have questions, please contact Prime Clerk LLC at (844) 822-9231 (toll free for U.S. and Puerto Rico) or (646) 486-7944 (for international callers), available 10:00 a.m. to 7:00 p.m. (Atlantic Standard Time) (Spanish available).

Copias de la Objeción global, y todos los escritos radicados en el marco de las causas conforme al Título III, están disponibles, de manera gratuita, en <https://cases.primeclerk.com/puertorico>. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Prime Clerk LLC llamando al (844) 822-9231 (número gratuito para Estados Unidos y Puerto Rico) o (646) 486-7944 (para llamadas desde el extranjero), disponible entre las 10:00 a.m. y las 07:00 p.m. (AST) (hablamos español).

Use este formulario sólo si cumple con los siguientes requisitos:	
Su ingreso bruto no es mayor de \$75,000.	No reclama crédito por inversión en el Fondo de Capital de Inversión, Fondo de Turismo, Facilidades de Desperdicios Sólidos o Negocio Agrícola.
Su ingreso consiste solamente de salarios y compensación sujetos a retención, anualidades y pensiones.	No rinde una Declaración de Contribución Estimada.
No ha recibido ingresos de pensión alimentaria, intereses, dividendos, negocio propio u otros ingresos.	Es ciudadano americano o extranjero residente.
Reclama la deducción fija.	No reclama crédito por contribuciones pagadas al extranjero.
No rinde bajo el estado personal de casado que rinde por separado.	No reclama crédito por la retención del 7% por servicios prestados.
	No reclama crédito por inversión en una Entidad Fílmica dedicada a un Proyecto Fílmico o Proyecto de Infraestructura.
Si usted no cumple con todos los requisitos, deberá rendir la Forma Larga .	

<p>1. Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas</p> <p>SUMINISTRE LOS COMPROBANTES DE RETENCION (FORMULARIOS 499R-2/W-2PR, 499R-2C/W-2CPR O W-2), SEGUN APLIQUE.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>65 Area de Rentas Internas Recibo de Planilla Copia</p> <p style="text-align: center;">APR 17 2001</p> <p style="text-align: center;">Total (Núm. de comprobantes con esta planilla) 1</p> <p style="text-align: center;"><i>Rosa L. Flores Gudiño</i> SECRETARÍA DE HACIENDA</p> </div> <p>2. Salarios del Gobierno Federal (Véanse instrucciones).....</p> <p>3. Ingresos de Anualidades y Pensiones (Anejo H Individuo, Parte II, línea 12).....</p> <p>4. Ingreso Bruto Ajustado (Sume líneas 1B, 2B y 3).....</p>	<p>A-Contribución Retenida</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="text-align: center;">1,009</td><td style="text-align: center;">00</td></tr> <tr><td style="text-align: center;"> </td><td style="text-align: center;">00</td></tr> <tr><td style="text-align: center;"> </td><td style="text-align: center;">00</td></tr> <tr><td style="text-align: center;"> </td><td style="text-align: center;">00</td></tr> <tr><td style="text-align: center;"> </td><td style="text-align: center;">00</td></tr> <tr><td style="text-align: center;"> </td><td style="text-align: center;">00</td></tr> </table> <p>Contribución Retenida</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="text-align: center;">1,009</td><td style="text-align: center;">00</td></tr> </table>	1,009	00		00		00		00		00		00	1,009	00	<p>B-Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="text-align: center;">20,945</td><td style="text-align: center;">00</td></tr> <tr><td style="text-align: center;"> </td><td style="text-align: center;">00</td></tr> <tr><td style="text-align: center;"> </td><td style="text-align: center;">00</td></tr> <tr><td style="text-align: center;"> </td><td style="text-align: center;">00</td></tr> <tr><td style="text-align: center;"> </td><td style="text-align: center;">00</td></tr> <tr><td style="text-align: center;"> </td><td style="text-align: center;">00</td></tr> </table> <p>Salarios Federales</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="text-align: center;">20,945</td><td style="text-align: center;">00</td></tr> </table>	20,945	00		00		00		00		00		00	20,945	00
1,009	00																													
	00																													
	00																													
	00																													
	00																													
	00																													
1,009	00																													
20,945	00																													
	00																													
	00																													
	00																													
	00																													
	00																													
20,945	00																													

Formulario
Form 499R-2/W-2PR
Rev. 05.00

GOBIERNO DE PUERTO RICO - GOVERNMENT OF PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY

COMPROBANTE DE RETENCION - WITHHOLDING STATEMENT

INFORMACION PARA EL DEPARTAMENTO
DE HACIENDA
DEPARTMENT OF THE TREASURY
INFORMATION

INFORMACION PARA EL SEGURO SOCIAL
SOCIAL SECURITY
INFORMATION

1. Nombre - First Name LUIS		3. Núm. Seguro Social Social Security No.		8. Sueldos - Wages 20945.00		17. Subtotales-cada 41 Subtotals-every 41 <input type="checkbox"/>	
Apellido(s)-Surname(s) ORTIZ OCASIO		4. Estado Civil-Civil Status Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/>		9. Comisiones-Commissions 0.00		18. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages 0.00	
Dirección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address PO BOX 3078 SUNCO, PR 00777		5. Núm. Seguro Social Cónyuge Spouse's Social Security No.		10. Concesiones-Allowances 0.00		19. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld 0.00	
2. Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address LB003334363 I FLORES DEPT DE EDUCACION-MAESTROS AVENIDA TENIENTE C SAR GONZ LEZ SANTANA CALLES ATO REY, PR 00919		6. Núm. de Ident. Patronal Employer's Ident. No. (EIN) 860433481		11. Propinas-Tips 0.00		20. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips 20945.00	
		7. Costo de Pensión o Anualidad Cost of Pension or Annuity		12. Total = 8 + 9 + 10 + 11 20945.00		21. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld 303.70	
Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number		Copia B para Planilla de Empleado Copy B for Employee's Tax Return Año: 2000 Year:		13. Gastos Reembolsados Reimbursed Expenses 0.00		22. Propinas Seguro Social Social Security Tips 0.00	
Fecha Cierre de Operaciones Operations Closing Date				14. Cont. Retenida -Tax Withheld 1009.77		23. Seguro Social no Retenido en Propinas-Uncollected Social Security Tax on Tips 0.00	
Número Control - Control Number 0 2261334				15. Fondo de Retiro Retirement Fund 1740.43		24. Contrib. Medicare no Retenida en Propinas-Uncollected Medicare Tax on Tips 0.00	
Instrucciones al correo - instructions on back				16. Aportaciones a Planes Cualific. Contributions to CODA PLANS 0.00		0.00	

Formulario 499R-2/W-2PR es un formulario de información para el Departamento de Hacienda de Puerto Rico. No es un formulario de impuestos. Este formulario debe ser presentado al Departamento de Hacienda de Puerto Rico, Oficina de Recaudación de Impuestos, P.O. Box 1088, San Juan, PR 00919.

FORMA CORTA										<input type="checkbox"/> PLANILLA CON CHEQUE MAYOR DE \$100 QUE EN ESTE LUGAR										Número de Serie									
Liquidador					Revisor					2001					ESTADOLIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO DEPARTAMENTO DE HACIENDA					2001									
PLANILLA DE CONTRIBUCION SOBRE INGRESOS DE INDIVIDUOS AÑO CONTRIBUTIVO 2001 O AÑO COMENZADO EL _____ de _____ de _____ Y TERMINADO EL _____ de _____ de _____																				PLANILLA: <input type="checkbox"/> ORIGINAL <input type="checkbox"/> ENMENDADA <input type="checkbox"/> FALLECIDO DURANTE EL AÑO									
<div style="text-align: center;"> <p>00777 8 027</p> <p>00777-0070</p> </div>																				Sello de Pago									
																				Número de Seguro Social									
																				Fecha de Nacimiento					Sexo				
																				Día Mes Año					<input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				
																				Número de Seguro Social Cónyuge									
Nombre e Inicial del Cónyuge Apellido Paterno Apellido Materno										Fecha de Nacimiento del Cónyuge																			
										Día Mes Año																			
										Teléfono Residencia																			
Dirección Residencial Completa (Barrio o Urbanización, Número, Calle)										Teléfono Oficina																			
										() -																			
										CAMBIO DE DIRECCION																			
<input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No										Número de Recibo: _____																			
										Importe: _____																			

Encasillado 1	SI NO			¿Ciudadano de Estados Unidos?			ESTADO PERSONAL AL FINALIZAR SU AÑO CONTRIBUTIVO: 1) <input type="checkbox"/> Casado que vivía con su cónyuge y rinde planilla conjunta 2) <input type="checkbox"/> Casado que no vivía con su cónyuge (No jefe de familia) (Indique nombre y seguro social del cónyuge) 3) <input checked="" type="checkbox"/> Jefe de familia 4) <input type="checkbox"/> Soltero
		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Residente de Puerto Rico al finalizar el año?			
		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Ingresos exentos de Lotería de Puerto Rico?			
		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Ingresos de premios de jugadas en Hipódromo?			
		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Otros ingresos exentos de contribución? (Someta Anejo)			
		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Obligación de hacer pagos a ASUME?			
	FUENTE DE MAYOR INGRESO:						
		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Empleado del Gobierno, Municipios y Corporaciones Públicas			
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Empleado del Gobierno Federal			
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Empleado de Empresa Privada			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Retirado/Pensionado				
Su ocupación <u>Maestro</u>					Ocupación cónyuge		

PLANILLA 2002
☒ ESPAÑOL ☐ INGLÉS

Use este formulario sólo si cumple con los siguientes requisitos:

Su ingreso bruto no es mayor de \$75,000.

Su ingreso consiste solamente de salarios y compensación sujetos a retención, anualidades y pensiones.

No ha recibido ingresos de pensión alimentaria, intereses, dividendos, negocio propio u otros ingresos.

Reclama la deducción fija.

No rinde bajo el estado personal de casado que rinde por separado.

Si solo reclama crédito por Aportación a la Fundación para la Libre Selección de Escuelas.

No rinde una Declaración de Contribución Estimada.

Es ciudadano americano o extranjero residente.

No reclama crédito por contribuciones pagadas al extranjero.

No reclama crédito por la retención en el origen por servicios prestados.

Si usted no cumple con todos los requisitos, deberá rendir la **Forma Larga**.

Sello de Recibido

RECIBIDO

COLECTURIA

11046 CAGUAS 11046

DEPOSITANTE N° 1146

APR 16 2002

SELLO #135

Juan A. Flores Galarza

JOAN A. FLORES GALARZA

Secretario de Hacienda

1. Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas

00 SUMINISTRE LOS COMPROBANTES DE RETENCION (FORMULARIOS 499R-2/W-2PR, 499R-2c/W-2cPR o W-2), SEGUN APLIQUE.

01 ☐ Total (Núm. de comprobantes con esta planilla)

A-Contribución Retenida

988	00
	00
	00
	00
	00
	00

Contribución Retenida

01 ☐ 988 00

B-Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas

21,805	00
	00
	00
	00
	00
	00

Salarios Federales

02 ☐ 21,805 00

03 ☐ 00

10 ☐ 21,805 00

2. Salarios del Gobierno Federal (Véanse instrucciones).....

3. Ingresos de Anualidades y Pensiones (Anejo H Individuo, Parte II, línea 12).....

4. Ingreso Bruto Ajustado (Sume líneas 1B, 2B y 3).....

Formulario ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO - COMMONWEALTH OF PUERTO RICO
Form 499R-2/W-2 PR DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY
Rev. 05.01 COMPROBANTE DE RETENCION - WITHHOLDING STATEMENT

INFORMACION PARA EL DEPARTAMENTO DE HACIENDA DEPARTMENT OF THE TREASURY INFORMATION		INFORMACION PARA EL SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION
1. Nombre - First Name LUIS	3. Núm. Seguro Social Social Security No.	8. Sueldos - Wages 21,805.00
Apellido(s) - Surname(s) ORTIZ OCASIO	4. Estado Civil - Civil Status Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/>	9. Comisiones - Commissions 0.00
Dirección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address PO BOX 3078 JUNCOS, PR 00777	5. Núm. Seguro Social Cónyuge Spouse's Social Security No.	10. Concesiones - Allowances 0.00
	6. Núm. de Ident. Patronal Employer's Ident. No. (EIN) 660433481	11. Propinas - Tips 0.00
2. Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address L8003834363 I FLORES DEPT DE EDUCACION-MAESTROS AVENIDA TENIENTE CESAR GONZALE ESQUINA CALAS HATO REY, PR 00919	7. Costo de Pensión o Anualidad Cost of Pension or Annuity	12. Total=8+9+10+11 21,805.00
Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number	Copia para Planilla del Empleado Copy for Employee's Tax Return Año: 2001 Year: 2001	13. Gastos Reembolsados Reimbursed Expenses 0.00
Fecha Cierre de Operaciones Operations Closing Date		14. Cont. Retenida - Tax Withheld 988.11
Número de Control - Control Number DHA 14636133		15. Fondo de Retiro Retirement Fund 1,906.31
		16. Aportaciones a Planes Cualific. Contributions to CODA PLANS 0.00
		17. Subtotales - cada 41 Subtotals - every 41 <input type="checkbox"/>
		18. Total Sueldos Seg. Soc. Social Security Wages 0.00
		19. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld 0.00
		20. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips 21,805.00
		21. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld 316.17
		22. Propinas Seguro Social Social Security Tips 0.00
		23. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected Social Security on Tips 0.00
		24. Contrib. Medicare no Retenida en Propinas - Uncollected Medicare Tax on Tips 0.00

Conservación: Diez (10) años a partir de la fecha de redacción en el Negociado de Procesamiento de Planillas
Conservation: Ten (10) years from the filing date in the Return Processing Bureau

Rep. por: Departamento de Hacienda

Formulario ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO - COMMONWEALTH OF PUERTO RICO
Form 499R-2/W-2 PR DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY
Rev. 05.01 COMPROBANTE DE RETENCION - WITHHOLDING STATEMENT

INFORMACION PARA EL DEPARTAMENTO DE HACIENDA DEPARTMENT OF THE TREASURY INFORMATION		INFORMACION PARA EL SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION
1. Nombre-First Name LUIS	3. Núm. Seguro Social Social Security No.	8. Sueldos - Wages 21,805.00
Apellido(s) - Surname(s) ORTIZ OCASIO	4. Estado Civil - Civil Status Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/>	9. Comisiones - Commissions 0.00
Dirección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address PO BOX 3078 JUNCOS, PR 00777	5. Núm. Seguro Social Cónyuge Spouse's Social Security No.	10. Concesiones - Allowances 0.00
	6. Núm. de Ident. Patronal Employer's Ident. No. (EIN) 660433481	11. Propinas - Tips 0.00
2. Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address L8003834363 I FLORES DEPT DE EDUCACION-MAESTROS AVENIDA TENIENTE CESAR GONZALE ESQUINA CALAS HATO REY, PR 00919	7. Costo de Pensión o Anualidad Cost of Pension or Annuity	12. Total=8+9+10+11 21,805.00
Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number	Copia para Récores del Empleado Copy for Employee's Records Año: 2001 Year: 2001	13. Gastos Reembolsados Reimbursed Expenses 0.00
Fecha Cierre de Operaciones Operations Closing Date		14. Cont. Retenida - Tax Withheld 988.11
Número de Control - Control Number DHA 14636133		15. Fondo de Retiro Retirement Fund 1,906.31
		16. Aportaciones a Planes Cualific. Contributions to CODA PLANS 0.00
		17. Subtotales - cada 41 Subtotals - every 41 <input type="checkbox"/>
		18. Total Sueldos Seg. Soc. Social Security Wages 0.00
		19. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld 0.00
		20. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips 21,805.00
		21. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld 316.17
		22. Propinas Seguro Social Social Security Tips 0.00
		23. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected Social Security on Tips 0.00
		24. Contrib. Medicare no Retenida en Propinas - Uncollected Medicare Tax on Tips 0.00

Conservación: Diez (10) años a partir de la fecha de redacción en el Negociado de Procesamiento de Planillas

Formulario ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO - COMMONWEALTH OF PUERTO RICO
Form 499R-2/W-2 PR DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY
Rev. 05.02 COMPROBANTE DE RETENCION - WITHHOLDING STATEMENT

INFORMACION PARA EL DEPARTAMENTO DE HACIENDA DEPARTMENT OF THE TREASURY INFORMATION		INFORMACION PARA EL SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION	
1. Nombre - First Name LUIS	3. Núm. Seguro Social Social Security No.	8. Sueldos - Wages 22,530.00	17. Subtotales - cada 41 Subtotals - every 41 <input type="checkbox"/>
Apellido(s) - Surname(s) ORTIZ OCASIO	4. Estado Civil - Civil Status Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/>	9. Comisiones - Commissions 0.00	18. Total Sueldos Seg. Soc. Social Security Wages 0.00
Dirección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address PO BOX 3078 JUNCOS, PR 00777	5. Núm. Seguro Social Cónyuge Spouse's Social Security No.	10. Concesiones - Allowances 0.00	19. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld 0.00
2. Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address L8003834363 I FLORES DEPT DE EDUCACION-MAESTROS AVE. TENIENTE CESAR GONZALEZ ESQUINA CALAF HATO REY, PR 00919	6. Núm. de Ident. Patronal Employer's Ident. No. (EIN) 660433481	11. Propinas - Tips 0.00	20. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips 22,530.00
	7. Costo de Pensión o Anualidad Cost of Pension or Annuity	12. Total=8+9+10+11 22,530.00	21. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld 326.69
	Copia B para Planilla del Empleado Copy B for Employee's Tax Return Año: 2002 Year: 2002	13. Gastos Reembolsados Reimbursed Expenses 0.00	22. Propinas Seguro Social Social Security Tips 0.00
		14. Cont. Retenida - Tax Withheld 934.32	23. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected Social Security on Tips 0.00
Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number	15. Fondo de Retiro Retirement Fund 1,960.32	24. Contrib. Medicare no Retenida en Propinas - Uncollected Medicare Tax on Tips 0.00	
Fecha Cierre de Operaciones Operations Closing Date	16. Aportaciones a Planes Cualific. Contributions to CODA PLANS 0.00		
Número de Control - Control Number 32279788			

Conservación: Diez (10) años a partir de la fecha de radicación en el Negociado de Procesamiento de Planillas
Conservation: Ten (10) years from the filing date in the Return Processing Bureau

Reproducido por: Departamento de Hacienda

Corte aquí

INFORMACION PARA EL DEPARTAMENTO DE HACIENDA DEPARTMENT OF THE TREASURY INFORMATION		INFORMACION PARA EL SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION	
1. Nombre-First Name LUIS	3. Núm. Seguro Social Social Security No.	8. Sueldos - Wages 22,530.00	17. Subtotales - cada 41 Subtotals - every 41 <input type="checkbox"/>
Apellido(s) - Surname(s) ORTIZ OCASIO	4. Estado Civil - Civil Status Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/>	9. Comisiones - Commissions 0.00	18. Total Sueldos Seg. Soc. Social Security Wages 0.00
Dirección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address PO BOX 3078 JUNCOS, PR 00777	5. Núm. Seguro Social Cónyuge Spouse's Social Security No.	10. Concesiones - Allowances 0.00	19. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld 0.00
2. Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address L8003834363 I FLORES DEPT DE EDUCACION-MAESTROS AVE. TENIENTE CESAR GONZALEZ ESQUINA CALAF HATO REY, PR 00919	6. Núm. de Ident. Patronal Employer's Ident. No. (EIN) 660433481	11. Propinas - Tips 0.00	20. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips 22,530.00
	7. Costo de Pensión o Anualidad Cost of Pension or Annuity	12. Total=8+9+10+11 22,530.00	21. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld 326.69
	Copia C para Récorde del Empleado Copy C for Employee's Records Año: 2002 Year: 2002	13. Gastos Reembolsados Reimbursed Expenses 0.00	22. Propinas Seguro Social Social Security Tips 0.00
		14. Cont. Retenida - Tax Withheld 934.32	23. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected Social Security on Tips 0.00
Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number	15. Fondo de Retiro Retirement Fund 1,960.32	24. Contrib. Medicare no Retenida en Propinas - Uncollected Medicare Tax on Tips 0.00	
Fecha Cierre de Operaciones Operations Closing Date	16. Aportaciones a Planes Cualific. Contributions to CODA PLANS 0.00		
Número de Control - Control Number 32279788			

Conservación: Diez (10) años a partir de la fecha de radicación en el Negociado de Procesamiento de Planillas
Conservation: Ten (10) years from the filing date in the Return Processing Bureau

Reproducido por: Departamento de Hacienda



Formulario 481 Rev. 05.03

PLANILLA CON CHEQUE (FAVOR DE FUJAR CHEQUE EN ESTE LUGAR)

FORMA CORTA		ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO DEPARTAMENTO DE HACIENDA PLANILLA DE CONTRIBUCION SOBRE INGRESOS DE INDIVIDUOS		Número de Serie	
Liquidador: Revisor: R. M. V. E. P. P. V. D. E. A. G.		AÑO CONTRIBUTIVO 2003 O AÑO COMENZADO EL _____ de _____ de _____ y terminado el _____ de _____ de _____		PLANILLA: <input type="radio"/> ENMENDADA <input type="radio"/> FALLECIDO DURANTE EL AÑO	
Número de Seguro Social: 1729 P2 *****5-DIGIT 00777		Número de Seguro Social Cónyuge: E C 137285		Sello de Pago	
RTIZ OCASIO, LUIS A RESIDENTE ACTUAL O BOX 3078 UNCOS, PR 00777-6078		Fecha de Nacimiento Contribuyente: 06/08/1967 Día Mes Año		Sexo: <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/> F	
Nombre e Inicial del Cónyuge: Apellido Paterno: Apellido Materno:		Fecha de Nacimiento Cónyuge: Día Mes Año		Sello de Recibo	
Dirección Residencial Completa (Barrio o Urbanización, Número, Calle):		Cambio de Dirección: <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> No		Número de Recibo:	
Código Postal:		Planilla 2004: <input checked="" type="radio"/> Español <input type="radio"/> Inglés		Importe:	
Teléfono Residencia: 787 286 1257		Teléfono Oficina: 787 754 6816		Correo Electrónico (E-Mail): luis_o-ocasio2004@yahoo.com	

Encasillado 1

- SI NO
- ☒ Ciudadano de Estados Unidos?
 - ☒ Residente de Puerto Rico al finalizar el año?
 - ☒ Ingresos exentos de Lotería de Puerto Rico?
 - ☒ Ingresos de premios de jugadas en Hipódromo?
 - ☒ Otros ingresos exentos de contribución?
 - ☒ Obligación de hacer pagos a ASUME?

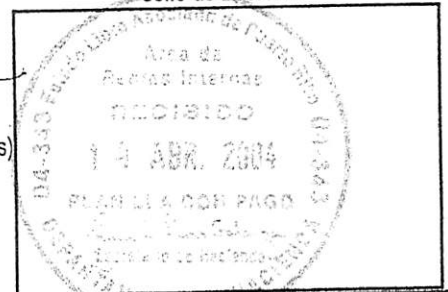
ESTADO PERSONAL AL FINALIZAR SU AÑO CONTRIBUTIVO:

- ☐ Casado que vivía con su cónyuge y rinde planilla conjunta
- ☐ Casado que no vivía con su cónyuge (No jefe de familia) (Indique nombre y seguro social del cónyuge)
- ☒ Jefe de familia (No para casados)
- ☐ Soltero

 OCUPACION:
 Contribuyente

Cónyuge

Sello de Recibido



Encasillado 2

1. Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas
 SUMINISTRE LOS COMPROBANTES DE RETENCIÓN
 (Formularios 499R-2/W-2PR, 499R-2c/W-2cPR o W-2, según aplique).

00

Total (Núm. de comprobantes con esta planilla) 00

- Salarios del Gobierno Federal (Véanse instrucciones) (01)
- Ingresos de Anualidades y Pensiones (Anejo H Individuo, Parte II, línea 12) (03)
- Ingreso Bruto Ajustado (Sume líneas 1B, 2B y 3) (10)

A-Contribución Retenida

1	0	6	6	0	0
				0	0
				0	0
				0	0
				0	0
				0	0

Contribución Retenida

1	0	6	6	0	0
---	---	---	---	---	---

B-Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas

2	4	2	8	0	0
				0	0
				0	0
				0	0
				0	0
				0	0

Salarios Federales

				0	0
--	--	--	--	---	---

				0	0
--	--	--	--	---	---

2	4	2	8	0	0
---	---	---	---	---	---

EXPRESSO

de Westernbank

IRA DEPOSIT RECEIPT

NAME: LUIS ANGEL ORTIZ OCASIO

SOC SEC:

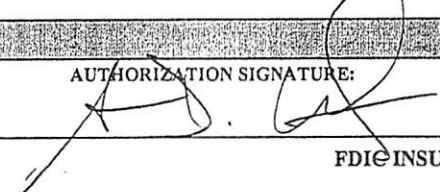
ADDRESS: PO BOX 3078

BIRTH DATE:

JUNCOS PR 00777

TAX YEAR: 2003

BRANCH NAME: EXPRESSO CIDRA BRANCH

PRODUCT		PAYMENT	
NAME: Deposit IRA Account	ACCT NO.: 2116000014	BANK:	
TERM: 012 MONTHS	MATURITY: 04/07/2005	ACCOUNT:	
RATE: 3.550%	TYPE: 060	SOURCE:	
OPEN: 04/07/2004		<input checked="" type="checkbox"/> NEW ACCOUNT	
		<input type="checkbox"/> TRANSFER	<input type="checkbox"/> ROLLOVER
		AMOUNT: \$500.00	
DATE: 04/07/2004	PREPARED BY: Elsie Marie Gutierrez	AUTHORIZATION SIGNATURE: 	
WESTERNBANK TRUST DIVISION ID 660-22-2562		FDIC INSURED	

Rev. 05/2002

TAX RETURN

Formulario ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO - COMMONWEALTH OF PUERTO RICO
Form 499R-2/W-2 PR DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY
Rev. 05/03

COMPROBANTE DE RETENCION - WITHHOLDING STATEMENT

INFORMACION PARA EL DEPARTAMENTO DE HACIENDA DEPARTMENT OF THE TREASURY INFORMATION		INFORMACION PARA EL SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION	
1. Nombre - First Name LUIS	3. Núm. Seguro Social Social Security No.	8. Sueldos - Wages 24,280.00	17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages 0.00
Apellido(s) - Surname(s) ORTIZ OCASIO	4. Estado Civil - Civil Status Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/>	9. Comisiones - Commissions 0.00	18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld 0.00
Dirección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address PO BOX 3078 JUNCOS, PR 00777	5. Núm. Seguro Social Cónyuge Spouse's Social Security No.	10. Concesiones - Allowances 0.00	19. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips 24,280.00
	6. Núm. de Ident. Patronal Employer's Ident. No. (EIN) 660433481	11. Propinas - Tips 0.00	20. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld 352.06
2. Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address L8003834363 I FLORES DEPT DE EDUCACION-MAESTROS AVENIDA TENIENTE CESAR GONZALE ESQUINA CALAF HATO REY, PR 00919	7. Costo de Pensión o Anualidad Cost of Pension or Annuity	12. Total=8+9+10+11 24,280.00	21. Propinas Seguro Social Social Security Tips 0.00
Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number	Copia B para Planilla del Empleado Copy B for Employee's Tax Return Año: 2003 Year: 2003	13. Gastos Reembolsados Reimbursed Expenses 0.00	22. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected Social Security on Tips 0.00
Fecha de Cese de Operaciones Operations Ceasing Date		14. Cont. Retenida - Tax Withheld 1,066.76	
Número de Control - Control Number 06836734		15. Fondo de Retiro Retirement Fund 2,095.32	
		16. Aportaciones a Planes Cualific. Contributions to CODA PLANS 0.00	23. Contrib. Medicare no Retenida en Propinas - Uncollected Medicare Tax on Tips 0.00

Formulario 481 Rev. 05.03

PLANILLA CON CHEQUE (FAVOR DE FUJAR CHEQUE EN ESTE LUGAR)



FORMA CORTA		ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO DEPARTAMENTO DE HACIENDA PLANILLA DE CONTRIBUCION SOBRE INGRESOS DE INDIVIDUOS		Número de Serie
Contribuyente	Revisor	AÑO CONTRIBUTIVO 2003 O AÑO COMENZADO EL		PLANILLA: <input type="radio"/> ENMENDADA <input type="radio"/> FALLECIDO DURANTE EL AÑO
R M V A Y Z P1 P2 N D E A G		de de y terminado el de de		Sello de Pago
Número de Seguro Social	Número de Seguro Social Cónyuge	Sexo		
		<input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/> F		
Fecha de Nacimiento Contribuyente				
Día Mes Año				
Fecha de Nacimiento Cónyuge				
Día Mes Año				
Cambio de Dirección				
<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No				
Planilla 2004				
<input checked="" type="radio"/> Español <input type="radio"/> Inglés				
Nombre e Inicial del Cónyuge		Apellido Paterno	Apellido Materno	
Dirección Residencial Completa (Barrio o Urbanización, Número, Calle)				
Teléfono Residencia				
7 8 7 2 8 6 1 2 5 7				
Teléfono Oficina				
7 8 7 7 5 4 6 8 1 6				
Código Postal				
Correo Electrónico (E-Mail)				
luis_o_ocasio_2004@yahoo.com				

Encasillado 1

SI NO

- a. ☐ ¿Ciudadano de Estados Unidos?
- b. ☐ ¿Residente de Puerto Rico al finalizar el año?
- c. ☐ ¿Ingresos exentos de Lotería de Puerto Rico?
- d. ☐ ¿Ingresos de premios de jugadas en Hipódromo?
- e. ☐ ¿Otros ingresos exentos de contribución?
- f. ☐ ¿Obligación de hacer pagos a ASUME?

FUENTE DE MAYOR INGRESO:

- g. ☐ Empleado del Gobierno, Municipios y Corporaciones Públicas
- h. ☐ Empleado del Gobierno Federal
- i. ☐ Empleado de Empresa Privada
- j. ☐ Retirado/Pensionado

OCUPACION:
Contribuyente

Cónyuge

ESTADO PERSONAL AL FINALIZAR SU AÑO CONTRIBUTIVO:

1. ☐ Casado que vivía con su cónyuge y rinde planilla conjunta
2. ☐ Casado que no vivía con su cónyuge (No jefe de familia)
(Indique nombre y seguro social del cónyuge)
3. ☐ Jefe de familia (No para casados)
4. ☐ Soltero

Sello de Recibido



Encasillado 2

1. Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas
SUMINISTRE LOS COMPROBANTES DE RETENCIÓN
(Formulários 499R-2/W-2PR, 499R-2c/W-2cPR o W-2,
según aplique).

A-Contribución Retenida

1	0	6	6	0	0
				0	0
				0	0
				0	0
				0	0

Contribución Retenida

1	0	6	6	0	0
---	---	---	---	---	---

B-Sueldos, Comisiones, Concesiones
y Propinas

2	4	2	8	0	0
				0	0
				0	0
				0	0
				0	0

Salarios Federales

				0	0
--	--	--	--	---	---

				0	0
--	--	--	--	---	---

2	4	2	8	0	0
---	---	---	---	---	---

Total (Núm. de comprobantes con esta planilla) 00

2. Salarios del Gobierno Federal (Véanse instrucciones) (01)

3. Ingresos de Anualidades y Pensiones (Anejo H Individuo, Parte II, línea 12) (03)

4. Ingreso Bruto Ajustado (Sume líneas 1B, 2B y 3) (10)

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO - COMMONWEALTH OF PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY
COMPROBANTE DE RETENCION - WITHHOLDING STATEMENT

1. Nombre - First Name LUIS		3. Núm. Seguro Social Social Security No.		INFORMACION PARA EL DEPARTAMENTO DE HACIENDA DEPARTMENT OF THE TREASURY INFORMATION		INFORMACION PARA EL SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION	
Apellido(s) - Surname(s) ORTIZ OCASIO		4. Estado Civil - Civil Status Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/>		8. Sueldos - Wages 24,280.00		17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages 0.00	
Dirección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address PO BOX 3078 JUNCOS, PR 00777		5. Núm. Seguro Social Cónyuge Spouse's Social Security No.		9. Comisiones - Commissions 0.00		18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld 0.00	
2. Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address L8003834363 I FLORES DEPT DE EDUCACION-MAESTROS AVENIDA TENIENTE CESAR GONZALE ESQUINA CALAF HATO REY, PR 00919		6. Núm. de Ident. Patronal Employer's Ident. No. (EIN) 660433481		10. Concesiones - Allowances 0.00		19. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips 24,280.00	
		7. Costo de Pensión o Anualidad Cost of Pension or Annuity		11. Propinas - Tips 0.00		20. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld 352.06	
		Copia B para Planilla del Empleado Copy B for Employee's Tax Return Año: 2003 Year: 2003		12. Total=8+9+10+11 24,280.00		21. Propinas Seguro Social Social Security Tips 0.00	
13. Gastos Reembolsados Reimbursed Expenses 0.00				22. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected Social Security on Tips 0.00			
14. Cont. Retenida - Tax Withheld 1,066.76				23. Contrib. Medicare no Retenida en Propinas - Uncollected Medicare Tax on Tips 0.00			
15. Fondo de Retiro Retirement Fund 2,095.32							
Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number				16. Aportaciones a Planes Cualific. Contributions to CODA PLANS 0.00			
Fecha de Cese de Operaciones Operations Ceasing Date							
Número de Control - Control Number 06836734							

Conservación: Diez (10) años a partir de la fecha de radicación en el Negociado de Procesamiento de Planillas
Conservation: Ten (10) years from the filing date in the Return Processing Bureau

Reproducido por: Departamento de Hacienda

Corte aquí

FORMA CORTA		2004	ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO DEPARTAMENTO DE HACIENDA		2004	Número de Serie	
Liquidador	R	M	V1	V2	P1	PLANILLA DE CONTRIBUCION SOBRE INGRESOS DE INDIVIDUOS PLANILLA: <input type="checkbox"/> ENMENDADA <input type="checkbox"/> FALLECIDO DURANTE EL AÑO	
Revisor	P2	N	D	E	A		
AÑO CONTRIBUTIVO 2004 O AÑO COMENZADO EL						Sello de Pago Número de Recibo: _____ Importe: _____	
01/01/2004 Y TERMINADO EL 31/12/2004							
Número de Seguro Social Número de Seguro Social Cónyuge Sexo <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> </div> </div>							
Nombre Inicial Apellido Paterno Apellido Materno LUIS A ORTIZ OCASIO						Fecha de Nacimiento Contribuyente <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> </div>	

COMPROBANTE DE RETENCION - WITHHOLDING STATEMENT

DEPARTMENT OF THE TREASURY
INFORMATION

1. Nombre-First Name LUIS A.		3. Núm. Seguro Social Social Security No.	8. Sueldos - Wages 19105.50	17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages
Apellido(s) - Surname(s) ORTIZ OCASIO		4. Estado Civil - Civil Status Soltero <input checked="" type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Single Married	9. Comisiones-Commissions	18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld
Dirección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address P.O. BOX 3078 JUNCOS, PR 00777		5. Núm. Seguro Social Cónyuge Spouse's Social Security No.	10. Concesiones-Allowances	19. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips
2. Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address AFT PUERTO RICO PO BOX 361140 SAN JUAN PR 00936		6. Núm. de Ident. Patronal Employer's Ident. No. (EIN) 66-0638902	11. Propinas-Tips	20. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld
Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number (787) 622-3958		7. Costo de Pensión o Anualidad Cost of Pension or Annuity	12. Total = 8 + 9 + 10 + 11 19105.50	21. Propinas Seguro Social Social Security Tips
Fecha Cese de Operaciones Cease of Operations Date		Copia C para Récorde del Empleado Copy C for Employee's Records Año: 2004 Year:	13. Gastos Reembolsados Reimbursed Expenses 457.24	22. Seguro Social no Retenido en Propinas-Uncollected Social Security Tax on Tips
Firma del Empleado Employee's Signature			14. Cont. Retenida - Tax Withheld 1431.67	23. Contrib. Medicare no Retenida en Propinas-Uncollected Medicare Tax on Tips
Firma del Patrono Employer's Signature			15. Fondo de Retiro Retirement Fund 1350.00	
Número de Control - Control Number ADP 38-168607		16. Aportaciones a Planes Cualific. Contributions to CODA PLANS		
Instrucciones al dorso Copia B - Instructions on back of Copy B				

04/5-8/ / 200/000079 Produced by A.D.P.

COMPROBANTE DE RETENCION - WITHHOLDING STATEMENT

1. Nombre-First Name LUIS		3. Núm. Seguro Social Social Security No.	8. Sueldos - Wages 16,334.46	17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages 0.00
Apellido(s) - Surname(s) ORTIZ OCASIO		4. Estado Civil - Civil Status Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Single Married	9. Comisiones - Commissions 0.00	18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld 0.00
Dirección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address PO BOX 3078 JUNCOS, PR 00777		5. Núm. Seguro Social Cónyuge Spouse's Social Security No.	10. Concesiones - Allowances 0.00	19. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips 16,334.46
2. Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address L8003834363 I FLORES DEPT DE EDUCACION-MAESTROS AVENIDA TENIENTE CESAR GONZALE ESQUINA CALAF HATO REY, PR 00919		6. Núm. de Ident. Patronal Employer's Ident. No. (EIN) 660433481	11. Propinas - Tips 0.00	20. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld 236.85
Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number		7. Costo de Pensión o Anualidad Cost of Pension or Annuity	12. Total=8+9+10+11 16,334.46	21. Propinas Seguro Social Social Security Tips 0.00
Fecha de Cese de Operaciones Cease of Operations Date		Copia C para Récorde del Empleado Copy C for Employee's Records Año: 2004 Year:	13. Gastos Reembolsados Reimbursed Expenses 0.00	
Número de Control - Control Number 39198942			14. Cont. Retenida - Tax Withheld 753.22	22. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected Social Security on Tips 0.00
			15. Fondo de Retiro Retirement Fund 1,380.17	23. Contrib. Medicare no Retenida en Propinas - Uncollected Medicare Tax on Tips 0.00
		16. Aportaciones a Planes Cualific. Contributions to CODA PLANS 0.00		

Formulario 481 Rev. 05.04

PLANILLA CON CHEQUE (FAVOR DE PEGAR CHEQUE EN ESTE LUGAR)

FORMA CORTA		2005		ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO		2005		Número de Serie	
Liquidación		R M V1 V2 P1		PLANILLA DE CONTRIBUCION SOBRE INGRESOS DE INDIVIDUOS					
Revisor		P2 N D E A G		AÑO CONTRIBUTIVO 2004 O AÑO COMENZADO EL					
				01/01/2005 Y TERMINADO EL 31/12/2005					
Número de Seguro Social		Número de Seguro Social Cónyuge		Sexo					
				<input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F					
Nombre		Inicial		Apellido Paterno		Apellido Materno		Fecha de Nacimiento Contribuyente	
LUIS				ORTIZ OCASIO				Día Mes Año	
Dirección Postal		P.O. BOX 3078		JUNCOS PR		Código Postal 00777		Fecha de Nacimiento del Cónyuge	
								Día Mes Año	
								Cambio de Dirección: <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> No	
"Coloque la etiqueta engomada (Label) aquí".									
Nombre e Inicial del Cónyuge		Apellido Paterno		Apellido Materno		Planilla 2005: <input checked="" type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Inglés		Número de Recibo:	
								Importe:	
Dirección Residencial Completa (Barrio o Urbanización, Número, Calle)		Teléfono Residencia:		Teléfono Oficina:		Correo Electrónico (E-Mail)		Sello de Pago	
		7 8 7 2 8 6 1 2 5 7		7 8 7 4 0 3 5 3 5 4				05-1723	
Código Postal		7 8 7		4 0 3		5 3 5 4		PAGADO 13 MAR. 2006	

Encasillado 1

SI NO

- a. ☒ ☐ ¿Ciudadano de Estados Unidos?
- b. ☒ ☐ ¿Residente de Puerto Rico al finalizar el año?
- c. ☐ ☒ ¿Ingresos exentos de Lotería de Puerto Rico?
- d. ☐ ☒ ¿Ingresos de premios de jugadas en Hipódromo?
- e. ☐ ☒ ¿Otros ingresos exentos de contribución?
- f. ☐ ☒ ¿Obligación de hacer pagos a ASUME?

FUENTE DE MAYOR INGRESO:

- g. ☒ Empleado del Gobierno, Municipios y Corporaciones Públicas
- h. ☐ Empleado del Gobierno Federal
- i. ☐ Empleado de Empresa Privada
- j. ☐ Retirado/Pensionado

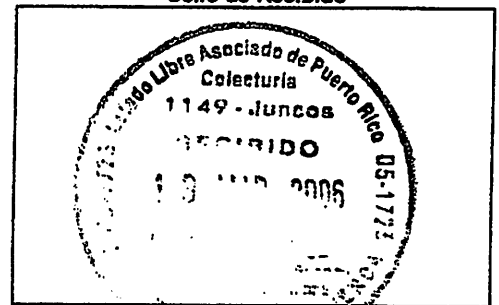
OCUPACION (Anotar el Código):

Contribuyente **MAESTRO** 6 1 1 0

Cónyuge

ESTADO PERSONAL AL FINALIZAR SU AÑO CONTRIBUTIVO:

1. ☐ Casado que vivía con su cónyuge y rinde planilla conjunta
2. ☐ Casado que no vivía con su cónyuge (No jefe de familia) (Indique nombre y seguro social del cónyuge)
3. ☒ Jefe de familia (No para casados)
4. ☐ Soltero

Sello de Recibido**Encasillado 2****1. Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas****SUMINISTRE LOS COMPROBANTES DE RETENCION**

(Formularios 499R-2/W-2PR, 499R-2c/W-2cPR o W-2, según aplique).

00

Total (Núm. de comprobantes con esta planilla)

01

2

2. Salarios del Gobierno Federal (Véanse instrucciones)

(01)

3. Ingresos de Anualidades y Pensiones (Anejo H Individuo, Parte II, línea 12)

(03)

4. Ingreso Bruto Ajustado (Suma de las líneas 1B, 2B y 3)

(10)

A-Contribución Retenida

1 3 1 7 0 0

4 7 5 0 0

0 0

0 0

1 7 9 2 0 0

Contribución Retenida

0 0

B-Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas

2 5 3 1 7 0 0

6 6 0 8 0 0

0 0

0 0

3 1 9 2 5 0 0

Salarios Federales

0 0

0 0

3 1 9 2 5 0 0

Formulario
m 499R-2W-2 PR
Rev. 05.05

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO - COMMONWEALTH OF PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY

COMPROBANTE DE RETENCION - WITHHOLDING STATEMENT

1. Nombre-First Name LUIS	3. Núm. Seguro Social Social Security No.	7. Sueldos - Wages 25317.37	17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages 0.00
Apellido(s) - Surname(s) ORTIZ OCASIO	4. Estado Civil - Civil Status Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Single Married	8. Comisiones - Commissions 0.00	18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld 0.00
Dirección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address PO BOX 3078 JUNCOS, PR 00777	5. Núm. de Ident. Patronal Employer's Ident. No. (EIN) 660433481	9. Concesiones - Allowances 0.00	19. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips 25315.00
2. Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address L8003834363 I FLORES DEPT DE EDUCACION-MAESTROS AVENIDA TENIENTE CESAR GONZALE ESQUINA CALAF HATO REY, PR 00919	6. Costo de Pensión o Anualidad Cost of Pension or Annuity 0.00	10. Propinas - Tips 0.00	20. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld 367.07
Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number	Copia C para Récord del Empleado Copy C for Employee's Records Año: 2005 Year:	11. Total=7+8+9+10 25317.37	21. Propinas Seguro Social Social Security Tips 0.00
Fecha de Cese de Operaciones Cease of Operations Date		12. Gastos Reembolsados Reimbursed Expenses 0.00	22. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected Social Security on Tips 0.00
Número de Control - Control Number 50622194		13. Cont. Retenida - Tax Withheld 1317.38	23. Contrib. Medicare no Retenida en Propinas - Uncollected Medicare Tax on Tips 0.00
		14. Fondo de Retiro Retirement Fund 2188.44	
		15. Aportaciones a Planes Cualific. Contributions to CODA PLANS 0.00	
		16. Salarios bajo Ley Núm. 324 de 2004 Salaries under Act No. 324 of 2004 0.00	

Exención: Para (15) años a partir de la fecha de emisión en el Mesajero de Descuento de Bienes

Formulario
Form 499R-2W-2PR
Rev. 05.05

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO - COMMONWEALTH OF PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY

COMPROBANTE DE RETENCION - WITHHOLDING STATEMENT

1. Nombre - First Name LUIS A.	3. Núm. Seguro Social Social Security No.	7. Sueldos - Wages 6608.00	17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages
Apellido(s) - Surname(s) ORTIZ OCASIO	4. Estado Civil - Civil Status Soltero <input checked="" type="radio"/> Casado <input type="radio"/> Single Married	8. Comisiones - Commissions	18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld
Dirección Postal del Empleado - Employee's Mailing Address P.O. BOX 3078 JUNCOS, PR 00777	5. Núm. de Ident. Patronal Employer Ident. No. (EIN) 66-0638902	9. Concesiones - Allowances	19. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips
2. Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address AFT PUERTO RICO PO BOX 361140 SAN JUAN PR 00936	6. Costo de Pensión o Anualidad Cost of Pension or Annuity	10. Propinas - Tips	20. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld
Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number (787) 622-3958	Copia C para Récords del Empleado Copy C for Employee's Records Año: 2005 Year:	11. Total = 7 + 8 + 9 + 10 6608.00	21. Propinas Seguro Social Social Security Tips
Fecha Cese de Operaciones Cease of Operations Date		12. Gastos Reembolsados Reimbursed Expenses	22. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected Social Security Tax on Tips
Número Control - Control Number ADP 34271645		13. Cont. Retenida - Tax Withheld 475.00	23. Contrib. Medicare no Retenida en Propinas - Uncollected Medicare Tax on Tips
		14. Fondo de Retiro - Retirement Fund 270.00	
		15. Aportaciones a Planes Cualific. Contributions to CODA PLANS	
		16. Salarios bajo Ley Núm. 324 de 2004 Salaries under Act No. 324 of 2004	

Formulario 481 Rev. 09.06

PLANILLA CONCHEQUE (FAVOR DE FIJAR CHEQUE EN ESTE LUGAR)



FORMA CORTA		2006		ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO DEPARTAMENTO DE HACIENDA		2006		Número de Serie	
Liquidador	R	G	V1	V2	P1	PLANILLA DE CONTRIBUCIÓN SOBRE INGRESOS DE INDIVIDUOS			PLANILLA ENMENDADA
Revisor	P2	N	D	E	A	M	AÑO CONTRIBUTIVO 2006 O AÑO COMENZADO EL		
1 de ene de 04 y terminado el 31 de Dic de 04						FALLECIDO DURANTE EL AÑO: Día / Mes / Año			
Número de Seguro Social del Contribuyente						Sello de Pago			
Número de Seguro Social Cónyuge						Sexo: <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/> F			
Fecha de Nacimiento Contribuyente						Fecha de Nacimiento Cónyuge			
Día / Mes / Año						Día / Mes / Año			
Cambio de Dirección: <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No						Planilla 2007: <input checked="" type="radio"/> Español <input type="radio"/> Inglés			
Dirección Residencial Completa (Barrio o Urbanización, Número, Calle)						Teléfono Residencia			
Teléfono del Trabajo						Número de Recibo:			
Código Postal						Importe:			
Correo Electrónico (E-Mail)									

Encasillado 1

SI NO

- a. ☒ ¿Ciudadano de Estados Unidos?
- b. ☒ ¿Residente de Puerto Rico al finalizar el año?
- c. ☒ ¿Ingresos exentos de Lotería de Puerto Rico?
- d. ☒ ¿Ingresos de premios de jugadas en Hipódromo?
- e. ☒ ¿Otros ingresos exentos de contribución?
- f. ☒ ¿Obligación de hacer pagos a ASUME?

FUENTE DE MAYOR INGRESO:

- g. ☒ Empleado del Gobierno, Municipios o Corporaciones Públicas
- h. ☐ Empleado del Gobierno Federal
- i. ☐ Empleado de Empresa Privada
- j. ☐ Retirado/Pensionado

OCUPACION (Anotar el Código):
Contribuyente

Cónyuge

Sello de Recibido



ESTADO PERSONAL AL FINALIZAR EL AÑO CONTRIBUTIVO:

1. Casado que vivía con su cónyuge y rinde planilla conjunta
2. Casado que no vivía con su cónyuge (No jefe de familia)
(Indique nombre y seguro social del cónyuge arriba)

3. ☒ Jefe de familia
(No para casados)
4. ☐ Soltero

Encasillado 2

Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas
SUMINISTRE LOS COMPROBANTES DE RETENCIÓN
(Formularios 499R-2/W-2PR, 499R-2c/W-2cPR o W-2,
según aplique).

A-Contribución Retenida

B-Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas

1,604.
656.19,322.
13,127.

Total de comprobantes con esta planilla (01) 2

A-Contribución Retenida

B-Sueldos Federales

Salarios del Gobierno Federal (Véanse instrucciones) (01)

Ingresos de Anualidades y Pensiones (Anejo H Individuo, Parte II, línea 12) (03)

Ingreso Bruto Ajustado (Suma de las líneas 1B, 2B y 3) (10)

32,449.

Formulario **ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO - COMMONWEALTH OF PUERTO RICO**
Form 499R-2/W-2 PR **DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY**
Rev. 06.06

COMPROBANTE DE RETENCION - WITHHOLDING STATEMENT

1. Nombre - First Name LUIS		3. Núm. Seguro Social Social Security No.		7. Sueldos - Wages 13127.14		17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages 0.00	
Apellido(s) - Surname(s) ORTIZ OCASIO		4. Núm. de Ident. Patronal Employer's Ident. No. (EIN.) 660433481		8. Comisiones - Commissions 0.00		18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld 0.00	
Dirección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address PO BOX 3078 JUNCOS, PR 00777		5. Fecha en que comenzó a recibir la pensión - Date on which you started to receive the pension Día Mes Año Day Month Year		9. Concesiones - Allowances 0.00		19. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips 13127.14	
2. Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address L8003834363 I FLORES DEPT DE EDUCACION-MAESTROS AVENIDA TENIENTE CESAR GONZALE ESQUINA CALAF HATO REY, PR 00919		6. Costo de Pensión o Anualidad Cost of Pension or Annuity 0.00		10. Propinas - Tips 0.00		20. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld 190.34	
Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number		Copia B para Planilla del Empleado Copy B for Employee's Tax Return Año: 2006 Year:		11. Total=7+8+9+10 13127.14		21. Propinas Seguro Social Social Security Tips 0.00	
Fecha de Cese de Operaciones: Día Mes Año Cease of Operations Date: Day Month Year				12. Gastos Reembolsados Reimbursed Expenses 0.00		22. Seguro Social no Retenido on Propinas - Uncollected Social Security on Tips 0.00	
Número de Control - Control Number 22996108				13. Cont. Retenida - Tax Withheld 656.75		23. Contrib. Medicare no Retenida en Propinas - Uncollected Medicare Tax on Tips 0.00	
				14. Fondo de Retiro Retirement Fund 1121.23			
				15. Aportaciones a Planes Cualific. Contributions to CODA PLANS 0.00			
				16. Salarios bajo Ley Núm. 324 de 2004 Salaries under Act No. 324 of 2004 0.00			

Conservación: Diez (10) años a partir de la fecha de radicación en el Negociado de Procesamiento de Planillas
Conservation: Ten (10) years from the filing date in the Return Processing Bureau

Reproducido por: Departamento de Hacienda

Corte aquí

Formulario **ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO - COMMONWEALTH OF PUERTO RICO**
Form 499R-2/W-2 PR **DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY**
Rev. 06.06

COMPROBANTE DE RETENCION - WITHHOLDING STATEMENT

INFORMACION PARA EL DEPARTAMENTO DE HACIENDA DEPARTMENT OF THE TREASURY INFORMATION		INFORMACION PARA EL SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION
1. Nombre - First Name LUIS	3. Núm. Seguro Social Social Security No.	7. Sueldos - Wages 19322.50
Apellido(s) - Surname(s) ORTIZ OCASIO	4. Núm. de Ident. Patronal Employer's Ident. No. (EIN.) 660433481	8. Comisiones - Commissions 0.00
Dirección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address PO BOX 3078	5. Fecha en que comenzó a recibir la pensión - Date on which you started to receive the pension Día Mes Año Day Month Year	9. Concesiones - Allowances 0.00
JUNCOS, PR 00777	6. Costo de Pensión o Anualidad Cost of Pension or Annuity 0.00	10. Propinas - Tips 0.00
2. Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address L8101321014 SU M PALMA DEPT DE EDUCACION-CLASIFICADOS AVE. TENIENTE CESAR GONZALEZ ESQUINA CALAF HATO REY, PR 00919	Copia B para Planilla del Empleado Copy B for Employee's Tax Return Año: 2006	11. Total=7+8+9+10 19322.50
Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number		12. Gastos Reembolsados Reimbursed Expenses 0.00
Fecha de Cese de Operaciones: Día Mes Año Cease of Operations Date: Day Month Year		13. Cont. Retenida - Tax Withheld 1604.63
Número de Control - Control Number 23029365		14. Fondo de Retiro Retirement Fund 1649.09
		15. Aportaciones a Planes Cualific. Contributions to CODA PLANS 0.00
	16. Salarios bajo Ley Núm. 324 de 2004 Salaries under Act No. 324 of 2004 0.00	17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages 0.00
		18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld 0.00
		19. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips 19322.50
		20. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld 280.18
		21. Propinas Seguro Social Social Security Tips 0.00
		22. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected Social Security on Tips 0.00
		23. Contrib. Medicare no Retenida en Propinas - Uncollected Medicare Tax on Tips 0.00

Conservación: Diez (10) años a partir de la fecha de radicación en el Negociado de Procesamiento de Planillas
Conservation: Ten (10) years from the filing date in the Return Processing Bureau

Reproducido por: Departamento de Hacienda

Corte aquí

Formulario 481 Rev. 10.07

PLANILLA CON CHEQUE (FAVOR DE FLJAR CHEQUE EN ESTE LUGAR)



FORMA CORTA							ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO DEPARTAMENTO DE HACIENDA		Número de Serie	
Liquidador	R	G	V1	V2	P1	P2	PLANILLA DE CONTRIBUCION SOBRE INGRESOS DE INDIVIDUOS			
Revisor	N	D1	D2	E	A	M	AÑO CONTRIBUTIVO 2007 O AÑO COMENZADO EL			<input type="radio"/> PLANILLA ENMENDADA
							de de y terminado el de de			<input type="radio"/> FALLECIDO DURANTE EL AÑO: / / Año
Número de Seguro Social del Contribuyente							Número de Seguro Social Cónyuge			Sello de Pago
279836 S3150 P2 *****AUTO**5-DIGIT 00777 ORTIZ OCASIO, LUIS A H84YZ PO BOX 3078 JUNCOS PR 00777-6078							Sexo: <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F			
							Fecha de Nacimiento Contribuyente			
							Día Mes Año			
							Fecha de Nacimiento Cónyuge			
							Día Mes Año			
Nombre e Inicial del Cónyuge							Apellido Paterno			Cambio de Dirección: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
							Apellido Materno			Planilla 2008: <input type="radio"/> Español <input type="radio"/> Inglés
Dirección Residencial Completa (Barrio o Urbanización, Número, Calle)							Teléfono Residencia			Número de Recibo:
										Importe:
Código Postal							Teléfono del Trabajo			Correo Electrónico (E-Mail)

Encasillado 1

SI NO

- a. ☐ ¿Ciudadano de Estados Unidos?
 b. ☐ ¿Residente de Puerto Rico al finalizar el año?
 c. ☐ ¿Ingresos exentos de Lotería de Puerto Rico?
 d. ☐ ¿Ingresos de premios de jugadas en Hipódromo?
 e. ☐ ¿Otros ingresos exentos de contribución? (Someta Anejo)
 f. ☐ ¿Obligación de hacer pagos a ASUME?

FUENTE DE MAYOR INGRESO:

- g. ☐ Empleado del Gobierno, Municipios o Corporaciones Públicas
 h. ☐ Empleado del Gobierno Federal
 i. ☐ Empleado de Empresa Privada
 j. ☐ Retirado/Pensionado

OCUPACION (Anotar el Código):
Contribuyente

Cónyuge

ESTADO PERSONAL AL FINALIZAR EL AÑO CONTRIBUTIVO:

1. ☐ Casado que vivía con su cónyuge y rinde planilla conjunta
 2. ☐ Casado que no vivía con su cónyuge (No jefe de familia)
 (Indique nombre y seguro social del cónyuge arriba)
 3. ☐ Jefe de familia (No para casados)
 4. ☐ Soltero

Sello de Recibido



Encasillado 2

1. Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas
 SUMINISTRE LOS COMPROBANTES DE RETENCION
 (Formularios 499R-2/W-2PR, 499R-2c/W-2cPR o W-2,
 según aplique).

A-Contribución Retenida

2	9	0	8	0	0
1	1	5	0	0	0
3	0	2	3	0	0

A-Contribución Retenida

0	0
---	---

B-Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas

3	7	3	6	0	0
2	2	5	0	0	0
3	9	6	1	0	0

B-Salarios Federales

0	0
---	---

Total de comprobantes con esta planilla (01)

2. Salarios del Gobierno Federal (Véanse instrucciones) (01)

3. Ingresos de A anualidades y Pensiones (Anejo H Individuo, Parte II, línea 12) (03)

4. Ingreso Bruto Ajustado (Suma de las líneas 1B, 2B y 3) (10)

Formulario **ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO - COMMONWEALTH OF PUERTO RICO**
Form 499R-2/W-2 PR **DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY**
Rev. 06.07 **COMPROBANTE DE RETENCION - WITHHOLDING STATEMENT**

INFORMACION PARA EL DEPARTAMENTO DE HACIENDA DEPARTMENT OF THE TREASURY INFORMATION		INFORMACION PARA EL SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION	
1. Nombre - First Name LUIS	3. Núm. Seguro Social Social Security No.	7. Sueldos - Wages 37360.00	17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages 0.00
Apellido(s) - Surname(s) ORTIZ OCASIO	4. Núm. de Ident. Patronal Employer's Ident. No. (EIN.) 660433481	8. Comisiones - Commissions 0.00	18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld 0.00
Dirección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address PO BOX 3078	5. Fecha en que comenzó a recibir la pensión - Date on which you started to receive the pension Día Mes Año Day Month Year	9. Concesiones - Allowances 0.00	19. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips 37360.00
2. Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address L8101321014 SU M PALMA DEPT DE EDUCACION-CLASIFICADOS AVE. TENIENTE CESAR GONZALEZ ESQUINA CALAF HATO REY, PR 00919	6. Costo de Pensión o Anualidad Cost of Pension or Annuity 0.00	10. Propinas - Tips 0.00	20. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld 541.72
Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number	Copia B para Planilla del Empleado Copy B for Employee's Tax Return Año: 2007	11. Total=7+8+9+10 37360.00	21. Propinas Seguro Social Social Security Tips 0.00
Fecha de Cese de Operaciones: Día Mes Año Cease of Operations Date: Day Month Year		12. Gastos Reembolsados Reimbursed Expenses 0.00	22. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected Social Security on Tips 0.00
Número de Control - Control Number 45514826		13. Cont. Retenida - Tax Withheld 2908.74	23. Contrib. Medicare no Retenida en Propinas - Uncollected Medicare Tax on Tips 0.00
		14. Fondo de Retiro Retirement Fund 3002.52	
		15. Aportaciones a Planes Cualific. Contributions to CODA PLANS 0.00	
	16. Salarios bajo Ley Núm. 324 de 2004 Salaries under Act No. 324 of 2004 0.00		

Conservación: Diez (10) años a partir de la fecha de radicación en el Negociado de Procesamiento de Planillas
Retention: Ten (10) years from the filing date in the Return Processing Bureau

Reproducido por: Departamento de Hacienda

Corte aquí

Formulario
Form 499R-2/W-2PR
Rev. 06.07

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO - COMMONWEALTH OF PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY

090700

COMPROBANTE DE RETENCION - WITHHOLDING STATEMENT

1. Nombre - First Name LUIS		3. Núm. Seguro Social Social Security No.		7. Sueldos - Wages 2250.04		INFORMACION PARA EL DEPARTAMENTO DE HACIENDA DEPARTMENT OF THE TREASURY INFORMATION		INFORMACION PARA EL SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION	
Apellido(s) - Surname(s) ORTIZ		4. Núm. de Ident. Patronal Employer Ident. No. (EIN) 66-0201206		8. Comisiones - Commissions		17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages 2250.04			
Dirección Postal del Empleado - Employee's Mailing Address LUIS ORTIZ PO BOX 3078 JUNCOS PR 00777		5. Fecha en que comenzó a recibir la pensión - Date on which you started to receive the pension Día Mes Año Day Month Year		9. Concesiones - Allowances		18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld 139.50			
2. Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address SISTEMA UNIVERSITARIO ANA G. MENDEZ PO BOX 21345 SAN JUAN PR 00928-1345		6. Costo de Pensión o Anualidad Cost of Pension or Annuity		10. Propinas - Tips		19. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips 2250.04			
Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number (787) 751-0178		Copia B para Planilla del Empleado Copy B for Employee's Tax Return Año: 2007 Year:		11. Total = 7 + 8 + 9 + 10 2250.04		20. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld 32.63			
Fecha Cese de Operaciones: Día Mes Año Cease of Operations Date: Day Month Year				12. Gastos Reembolsados Reimbursed Expenses		21. Propinas Seguro Social Social Security Tips			
Número Control - Control Number 45758140				13. Cont. Retenida - Tax Withheld 115.58		22. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected Social Security Tax on Tips			
				14. Fondo de Retiro - Retirement Fund		23. Contrib. Medicare no Retenida en Propinas - Uncollected Medicare Tax on Tips			
				15. Aportaciones a Planes Cuelfic. Contributions to CODA PLANS					
				16. Salarios bajo Ley Núm. 324 de 2004 Salaries under Act No. 324 of 2004					
Instrucciones al dorso - Instructions on back									

Conservación: Diez (10) años a partir de la fecha de radicación en el Negociado de Procesamiento de Planillas.
Retention: Ten (10) years from the filing date in the Returns Processing Bureau.

PRSoft, Inc. - (787) 622-7550 - www.prsoft.com

INSTRUCCIONES
DEBERA SOMETER ESTA COPIA AL RENDIR SU PLANILLA

1041
TO0400

Viene obligado a rendir planilla de contribución sobre ingresos:

- todo individuo soltero (o casado, pero que no vivía con su cónyuge), que durante el año contributivo tuviere un ingreso bruto de más de \$3,300;
- todo individuo casado que vivía con su cónyuge y que durante el año contributivo tuviere Individual o conjuntamente con éste un ingreso bruto de más de \$6,000.

PENALIDAD - El Código de Rentas Internas de Puerto Rico de 1994, según enmendado (Código), dispone lo siguiente: Toda persona obligada bajo cualquier Subtítulo del Código a rendir una planilla, declaración, certificación o informe, que voluntariamente dejare de rendir dicha planilla, declaración, certificación o informe dentro del término o términos fijados por el Subtítulo correspondiente o por reglamentos, además de otras penalidades establecidas por el Código, incurrirá en delito menos grave, y en caso de convicción, será castigada con pena de multa no mayor de \$5,000, o con pena de reclusión por un término máximo de 90 días, o ambas penas, a discreción del tribunal, más las costas del proceso. En aquellos casos en que cualquier persona voluntariamente dejare de rendir dicha planilla, declaración, certificación o informe (dentro de los términos fijados por el Subtítulo correspondiente o por reglamentos), con la intención de evadir o derrotar cualquier contribución impuesta por el Código, además de otras penalidades establecidas por el Código, incurrirá en un delito grave de tercer grado, y en caso de convicción, será sancionada con pena de reclusión la cual fluctuará entre tres años un día y ocho años. El Tribunal a su discreción podrá imponer la pena fija de reclusión establecida o pena de multa que no excederá de \$20,000, o ambas penas, más las costas del proceso.

Retenga la Copia C de este formulario para sus récords. Puede usarla para establecer su derecho a los beneficios de seguro social. Si su nombre, dirección o número de seguro social están incorrectos, informe el error a su patrono para que le completen un Formulario 499R-2c/W-2cPR.

INSTRUCTIONS
THIS COPY MUST BE SUBMITTED WITH YOUR RETURN

Income tax returns must be filed by:

- every individual single (or married, one who does not live with his/her spouse), who during the taxable year had a gross income of more than \$3,300;
- every married individual who lives with his/her spouse, who during the taxable year individually or jointly, had a gross income of more than \$6,000.

PENALTY - The Puerto Rico Internal Revenue Code of 1994, as amended (Code), provides the following: Every person liable under any Subtitle of the Code to file a return, statement, certification or report, who willfully fails to file such return, statement, certification or report within the term or terms established by the corresponding Subtitle or by regulations, in addition to other penalties provided by the Code, shall be guilty of a misdemeanor, and upon conviction thereof, punished by a fine of not more than \$5,000, or imprisonment for a term of not more than 90 days, or both penalties, at the discretion of the Court, plus the costs of prosecution. In the case of any person who willfully fails to file such return, statement, certification or report (within the terms established by the corresponding Subtitle or by regulations), with the intention to evade or defeat any tax imposed by the Code, in addition to other penalties provided by the Code, shall be guilty of a third degree felony, and upon conviction thereof, punished by imprisonment for a term ranging from three years and one day to eight years. The Court may impose, at its discretion, the fixed penalty of imprisonment provided or a fine of not more than \$20,000, or both penalties, plus the costs of prosecution.

Keep Copy C of this form for your records. You can use it to prove your right to social security benefits. If your name, address or social security number is incorrect, tell your employer to prepare a Form 499R-2c/W-2cPR.

Ennegrezca Completamente los Ovalos. Ejemplo ☒

Formulario 481 Rev. 11.09 ☐ **PLANILLA CON CHEQUE (FAVOR DE FIJAR CHEQUE EN ESTE LUGAR)**

FORMA CORTA

Liquidador: R G V P E 2009 ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO 2009 DEPARTAMENTO DE HACIENDA PLANILLA DE CONTRIBUCION SOBRE INGRESOS DE INDIVIDUOS

Revisor: N D E B E A M

AÑO CONTRIBUTIVO 2009 O AÑO COMENZADO EL _____ de _____ de _____ y terminado el _____ de _____ de _____

Número de Seguro Social del Contribuyente _____ Número de Seguro Social Cónyuge _____

Nombre del Contribuyente Inicial Apellido Paterno Apellido Materno
LUIS ORTIZ OCASIO

Dirección Postal
URB PARAISO DE COAMO 615

COAMO PR

Código Postal **00769**

"Coloque la etiqueta engomada (Label) aquí".

Nombre e Inicial del Cónyuge _____ Apellido Paterno _____ Apellido Materno _____

Dirección Residencial Completa (Barrio o Urbanización, Número, Calle) _____

Código Postal _____

Sexo: ☒ M ☐ F

Fecha de Nacimiento Contribuyente _____

Día Mes Año

Fecha de Nacimiento Cónyuge _____

Día Mes Año

Cambio de Dirección: ☐ Sí ☒ No

Planilla 2010: ☒ Español ☐ Inglés

Teléfono Residencia **787-403-5354**

Teléfono del Trabajo _____

Correo Electrónico (E-Mail) _____

Encasillado 1

SI NO

a. ☒ Ciudadano de Estados Unidos?

b. ☒ Residente de Puerto Rico al finalizar el año?

c. ☐ Ingresos exentos de Lotería de Puerto Rico?

d. ☒ Ingresos de premios de jugadas en Hipódromo?

e. ☒ Otros ingresos exentos de contribución? (Someta Anejo) j.

f. ☒ Obligación de hacer pagos a ASUME?

FUENTE DE MAYOR INGRESO:

g. ☒ Empleado del Gobierno, Municipios o Corporaciones Públicas

h. ☐ Empleado del Gobierno Federal

i. ☐ Empleado de Empresa Privada

j. ☐ Retirado/Pensionado

OCUPACION (Anote el Código):

Contribuyente **DIRECTOR ESCOL 8110**

Cónyuge _____

Sello de Recibido

RECIBIDO
APR 15 2010
CON SECCION DE TRIBUTACION

ESTADO PERSONAL AL FINALIZAR EL AÑO CONTRIBUTIVO:

1. ☐ Casado que vivía con su cónyuge y rinde planilla conjunta

2. ☐ Casado que no vivía con su cónyuge (No jefe de familia) (Indique nombre y seguro social del cónyuge arriba)

3. ☒ Jefe de familia (No para casados)

4. ☐ Soltero

☐ Ennegrezca aquí si se acoge al cómputo opcional de la contribución en el caso de personas casadas que viven juntas, rinden planilla conjunta y que ambos trabajen. No complete los Encasillados 2 y 3, y pase al Anejo CO Individuo.

Encasillado 2

1. Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas
SUMISTRE LOS COMPROBANTES DE RETENCION (Formularios 499R- 2/W- 2PR, 499R- 2c/W- 2cPR o W- 2, según aplique).

A- Contribución Retenida

		7	5	9	0	0
	4	0	2	3	0	0
					0	0
					0	0

B- Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas

	9	9	3	7	0	0
	4	7	2	1	2	0
					0	0
					0	0

Total de comprobantes con esta planilla 2 4 7 8 2 0 0

5 7 1 4 9 0 0

2. Salarios del Gobierno Federal (Véanse instrucciones) (01) 0 0 0 0 0 0

3. Ingresos de Anualidades y Pensiones (Anejo H Individuo, Parte II, línea 12) (03) 0 0 0 0 0 0

4. Ingreso Bruto Ajustado (Suma de las líneas 1B, 2B y 3) (10) 5 7 1 4 9 0 0

Formulario
Form 499R-2/W-2PR
Rev. 07.09

ESTADO LIBREASOCIADO DE PUERTO RICO - COMMONWEALTH OF PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY

090900

COMPROBANTE DE RETENCION - WITHHOLDING STATEMENT

1. Nombre - First Name LUIS		3. Núm. Seguro Social Social Security No.		7. Sueldos - Wages 9937.52		17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages 9937.52	
Apellido(s) - Surname(s) ORTIZ		4. Núm. de Ident. Patronal Employer Ident. No. (EIN) 66-0201206		8. Comisiones - Commissions		18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld 616.13	
Dirección Postal del Empleado - Employee's Mailing Address LUIS ORTIZ PO BOX 3078 JUNCOS PR 00777		5. Fecha en que comenzó a recibir la pensión - Date on which you started to receive the pension Día Mes Año Day Month Year		9. Concesiones - Allowances		19. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips 9937.52	
2. Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address SISTEMA UNIVERSITARIO ANA G MENDEZ Apartado 21345 San Juan PR 00928-1345		6. Costo de Pensión o Anualidad Cost of Pension or Annuity		10. Propinas - Tips		20. Contrib. Medicare Retenido Medicare Tax Withheld 144.09	
Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number (787) 751-0178		Copia C para Records del Empleado Copy C for Employee's Records Año: 2009 Year:		11. Total = 7 + 8 + 9 + 10 9937.52		21. Propinas Seguro Social Social Security Tips	
Fecha Cese de Operaciones: Día Mes Año Cease of Operations Date: Day Month Year				12. Gastos Reembolsados Reimbursed Expenses		22. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected Social Security Tax on Tips	
Número Control - Control Number 01771316				13. Cont. Retenida - Tax Withheld 759.52		23. Contrib. Medicare no Retenido en Propinas - Uncollected Medicare Tax on Tips	
Instrucciones al dorso Copia B - Instructions on back of Copy B				14. Fondo de Retiro - Retirement Fund			
				15. Aportaciones a Planes Cualific. Contributions to CODA PLANS			
				16. Salarios bajo Ley Núm. 324 de 2004 Salaries under Act No. 324 of 2004			

PRSoft, Inc. • (787) 622-7550 • www.prsoft.com

2552
TO0400

Formulario
Form 499R-2/W-2 PR
Rev 07/09

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO - COMMONWEALTH OF PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY
COMPROBANTE DE RETENCION - WITHHOLDING STATEMENT

1. Nombre-First Name LUIS		3. Núm. Seguro Social. Social Security No.		INFORMACION PARA EL DEPARTAMENTO DE HACIENDA DEPARTMENT OF THE TREASURY INFORMATION		INFORMACION PARA EL SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION	
Apellido(s) - Surname(s) ORTIZ OCASIO		4. Núm. de Ident. Patronal Employer's Ident. No. (EIN.) 660433481		7. Sueldos - Wages 47212.80		17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages 0.00	
Dirección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address PO BOX 3078 JUNCOS, PR 00777		5. Fecha en que comenzó a recibir la pensión - Date on which you started to receive the pension Dia Mes Año Day Month Year		8. Comisiones - Commissions 0.00		18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld 409.20	
2. Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address L8101321014 SU M PALMA DEPT DE EDUCACION-CLASIFICADOS AVE. TENIENTE CESAR GONZALEZ ESQUINA CALAF HATO REY, PR 00919		6. Costo de Pensión o Anualidad Cost of Pension or Annuity 0.00		9. Concesiones - Allowances 0.00		19. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips 47212.80	
Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number		Copia C para Récord del Empleado Copy C for Employee's Records Año: 2009 Year:		10. Propinas - Tips 0.00		20. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld 684.59	
Fecha de Cese de Operaciones: Dia Mes Año Cease of Operations Date: Day Month Year				11. Total=7+8+9+10 47212.80		21. Propinas Seguro Social Social Security Tips 0.00	
Número de Control - Control Number 004217903				12. Gastos Reembolsados Reimbursed Expenses 0.00		22. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected Social Security on Tips 0.00	
				13. Cont. Retenida - Tax Withheld 4023.26		23. Contrib. Medicare no Retenida en Propinas - Uncollected Medicare Tax on Tips 0.00	
				14. Fondo de Retiro Retirement Fund 3407.52			
				15. Aportaciones a Planes Cualific. Contributions to CODA PLANS 0.00			
				16. Salarios bajo Ley Núm. 324 de 2004 Salaries under Act No. 324 of 2004 0.00			

Reproducido por: Departamento de Hacienda

Formulario 481 Rev. 11.10

Ennegrezca Completamente los Ovals. Ejemplo
PLANILLA CON CHEQUE (FAVOR DE FIJAR CHEQUE EN ESTE LUGAR)

2010

2010

AÑO CONTRIBUTIVO 2010 O AÑO COMENZADO EL

1 de enero de 2010 y terminado el 31 de diciembre de 2010

Miembro de Seguro Social del Contribuyente

Miembro de Seguro Social del Cónyuge

Sexo: ☒ M ☐ F

Nombre del Contribuyente: Inicial Apellido Paterno Apellido Materno

LUIS

ORTIZ

OCASIO

Fecha de Nacimiento Contribuyente

Día Mes Año

Fecha de Nacimiento Cónyuge

Día Mes Año

Inaparecido

☐ Contribuyente ☐ Cónyuge

Cambio de Dirección: ☒ Si ☐ No

Planilla 2011: ☒ Usar planilla 2011 ☐ Usar planilla 2010

Dirección Residencial Completa (Barrio o Urbanización, Número, Calle)

PARAISO DE COAMO

615 CALLE PAZ

Coamo, PR

Código Postal 00769

Teléfono Residencial

7 8 7 4 0 3 5 3 5 4

Teléfono del Trabajo

LUISORTIZOCASIO@YAHOO.COM

SI NO

☒ ¿Ciudadano de Estados Unidos?

☒ ¿Residente de Puerto Rico al finalizar el año?

☒ ¿Obligación de hacer pagos a ASUME?

☒ ¿Otros ingresos exentos de contribución? (Someta Anejo)

Indique total \$

FUENTE DE MAYOR INGRESO:

☒ Empleado del Gobierno, Municipios

o Corporaciones Públicas

☐ Empleado del Gobierno Federal

☐ Empleado de Empresa Privada

☐ Retirado/Pensionado

OCUPACION (Añote el Código).

Contribuyente

Administrador de Escuela

6 1 1 1

Cónyuge

ESTADO PERSONAL AL FINALIZAR EL AÑO CONTRIBUTIVO:

Casado que vivía con su cónyuge y rinde planilla conjunta

☒ Jefe de familia (No para casados)

Casado que no vivía con su cónyuge (No jefe de familia)
(Indique nombre y seguro social del cónyuge arriba)

☐ Soltero

Mar 21 2011 8:27PM

Ennegrezca aquí si se acoge al cómputo opcional de la contribución en el caso de personas casadas que viven juntas, rinden planilla conjunta y que ambos trabajen. No complete los Encasillados 2 y 3, y pase al Anejo CO Individual.

1. Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas
SUMINISTRE LOS COMPROBANTES DE RETENCION
(Formularios 499R-2/W-2PR, 499R-2c/W-2cPR o W-2,
según aplique).

A-Contribución Retenida

3 3 0 8

B-Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas

4 2 8 1 7

Total de comprobantes con esta planilla

1

3 3 0 8

4 2 8 1 7

A-Contribución Retenida

B-Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas

2. Salarios del Gobierno Federal (Véanse instrucciones) (01)

(02)

3. Ingresos de Anualidades y Pensiones (Anejo H Individuo, Parte II, línea 12)

(03)

4. Ingreso Bruto Ajustado (Suma de las líneas 1B, 2B y 3)

(10)

4 2 8 1 7

NUMERO DE CONFIRMACION: 032120110807F2DFC4165539

Periodo de Conservación: Diez (10) años

Reproducido por CEGsoft

Anejo I Individuo

Rev. 11-10

2010

Año contributivo comenzado el 1 de enero de 2010 y terminado el 31 de diciembre de 2010

Nombre del contribuyente LUIS ORTIZ OCASIO

Número de Seguro Social

5 8 4 - 4 5 - 7 6 5 5

Ennegrezca uno: (01) ☒ 1 Contribuyente ☐ 2 Cónyuge

58

1. Comidas y entretenimiento

- A. Total de gastos incurridos o pagados (02)
- B. Reembolso de gastos (comidas y entretenimiento) (03)
- C. Diferencia (Si la línea 1B excede la línea 1A, refiérase al Anejo I Individuo de la Forma Larga) (04)
- D. Diferencia (Si la línea 1A excede la línea 1B, anote el exceso aquí) (05)
- E. Anote el 50% de la línea 1D (Véanse instrucciones) (06)

2. Otros gastos

- A. Costo y mantenimiento de uniformes (11)
- B. Cuotas de uniones, colegiaciones y asociaciones profesionales (12) 4 4 4
- C. Compra de materiales didácticos por educadores (13)
- D. Compra de libros técnicos propios de la profesión u oficio (14)
- E. Gastos de educación y mejoramiento de la profesión u oficio (15)
- F. Depreciación (Parte II de este Anejo) (16)
- G. Otros gastos de la profesión u oficio (17) 1 0 6 0
- H. Total otros gastos (Suma líneas 2A a la 2G. Anote el total aquí) (18) 1 5 0 4
- I. Reembolso de otros gastos (19)
- J. Diferencia (Si la cantidad en la línea 2I excede la cantidad de la línea 2H, refiérase al Anejo I Individuo de la Forma Larga) (20)
- K. Si la línea 2H excede la cantidad en la línea 2I, anote el exceso en esta línea (30) 1 5 0 4
3. Total gastos ordinarios y necesarios (Suma líneas 1E y 2K. Anote la cantidad en esta línea) (31) 1 5 0 4
4. Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas (Encasillado 2, línea 1B de la Forma Corta o línea 1B o 1C, según aplique, del Anejo CO Individuo) (32) 4 2 8 1 7
5. Salarios Gobierno Federal (Encasillado 2, línea 2B de la Forma Corta o línea 2B o 2C, según aplique, del Anejo CO Individuo) (33)
6. Total salarios (Suma líneas 4 y 5) (34) 4 2 8 1 7
7. Multiplique la línea 6 por 4% y anote aquí (35) 1 7 1 2
8. Deducción por gastos ordinarios y necesarios (Anote aquí y en el Encasillado 3, línea 6E de la Forma Corta o línea 6E, Columna B o C, según aplique, del Anejo CO Individuo, la menor de las siguientes cantidades: línea 3, línea 7, o hasta el límite de \$1,500 (\$750 si se acoge al cómputo opcional de la contribución)) (40) 1 5 0 0

MODELO SC 6088
REV.15 OCT 04
OA 04-18

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE HACIENDA
AREA DE RENTAS INTERNAS

CERTIFICACION DE RADICACION DE PLANILLAS DE
CONTRIBUCION SOBRE INGRESOS

NUM.CUENTA :
URB PARAISO DE COAMO
615 CALLE PAZ
COAMO PR 00769-9324

IQC1ZCWK ORTIZ OCASIO LUIS A

PERIODO CONTRIBUTIVO	INFORMACION SEGUN SISTEMA
2012	RINDIO PLANILLA
2011	RINDIO PLANILLA
2010	RINDIO PLANILLA
2009	RINDIO PLANILLA
2008	RINDIO PLANILLA

INFORMACION AL CONTRIBUYENTE

DE NO ESTAR DE ACUERDO CON LA INFORMACION CONTENIDA EN ESTA CERTIFICACION DEBERA PRESENTAR SU RECLAMACION CON LA EVIDENCIA DE RADICACION EN CUALQUIERA DE LOS CENTROS DE SERVICIOS AL CONTRIBUYENTE.

DE NO ESTAR OBLIGADO POR LA LEY A RENDIR UNA PLANILLA (APLICA SOLO A INDIVIDUOS) DEBERA LLENAR EL MODELO SC 2781, CERTIFICACION DE RAZONES POR LAS CUALES EL CONTRIBUYENTE NO ESTA OBLIGADO POR LEY A RENDIR UNA PLANILLA DE CONTRIBUCION SOBRE INGRESOS DE INDIVIDUOS, EN CUALQUIERA DE LOS CENTROS DE SERVICIO AL CONTRIBUYENTE (CENTROS) Y PRESENTAR LA EVIDENCIA SOLICITADA.

PARA LA UBICACION DE LOS CENTROS, PUEDE COMUNICARSE A LOS SIGUIENTES TELEFONOS:

SAN JUAN (787) 723-5556 / 1-877-684-3422 - CAGUAS (787) 258-5272 / (787) 745-0666
PONCE (787) 844-8800 - MAYAGUEZ (787) 265-5200
BAYAMON (787) 778-4949 / (787) 778-4973 / (787) 778-4974


ASBEL X. RIVERA LOZADA - (ARL4917)

SECRETARIO AUXILIAR DE RENTAS INTERNAS
O SU REPRESENTANTE AUTORIZADO

16-Dic-2013 01:05 PM

FECHA Y HORA DE
EMISION

SELLO DE RENTAS INTERNAS Y
SELLO OFICIAL



ADVERTENCIA

ESTA CERTIFICACION ES VALIDA, SI CONTIENE EL SELLO DE RENTAS INTERNAS, EL SELLO OFICIAL DEL DEPARTAMENTO Y LA FIRMA AUTORIZADA.

Formulario 481 Rev. 29 oct.12

FORMA CORTA		<input type="checkbox"/> PLANILLA CON CHEQUE (FAVOR DE FIJAR CHEQUE EN ESTE LUGAR)		Número de Serie	
Liquidador Revisor		2012 GOBIERNO DE PUERTO RICO DEPARTAMENTO DE HACIENDA 2012 PLANILLA DE CONTRIBUCIÓN SOBRE INGRESOS DE INDIVIDUOS AÑO CONTRIBUTIVO 2012 O AÑO COMENZADO EL 01 de 01 de 2012 Y TERMINADO EL 31 de 12 de 2012		PLANILLA ENMENDADA FALLECIDO DURANTE EL AÑO: _____ Día Mes Año <input type="checkbox"/> CONTRIBUYENTE <input type="checkbox"/> CONYUGE	
R G RO V1 V2 P1 P2 N D1 D2 E A M Luis Ortiz		Nombre del Contribuyente Inicial Luis Ortiz		Número de Seguro Social Contribuyente 11-04-2013 05:25:29 PM	
Dirección Postal URB PARAISO DE COAMO 615 Coamo PR Código Postal 00769-0000		Fecha de Nacimiento Día Mes Año Sexo <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Sello de Recibido 11/04/2013 05:25:29 PM	
"Coloque la etiqueta engomada (Label) aquí".		Número de Seguro Social Cónyuge			
Nombre e Inicial del Cónyuge Apellido Paterno Apellido Materno		Fecha de Nacimiento del Cónyuge Día Mes Año Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			
Dirección Residencial Completa (Barrio o Urbanización, Número, Calle) PARAISO DE COAMO B8 Calle PAZ Coamo PR Código Postal 00769		Teléfono Residencia (787) 403-5354 Teléfono del Trabajo			
Correo Electrónico (E-Mail) luisortizocasio2010@gmail.com		CAMBIO DE DIRECCION: <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO		PLANILLA 2013: <input checked="" type="checkbox"/> ESPAÑOL <input type="checkbox"/> INGLÉS	
Cuestionario SI NO A. <input checked="" type="checkbox"/> ¿Ciudadano de Estados Unidos? B. <input checked="" type="checkbox"/> ¿Residente de Puerto Rico al finalizar el año? C. <input type="checkbox"/> ¿Otros ingresos excluidos o exentos de contribución? (Someta Anejo IE Individuo) D. FUENTE DE MAYOR INGRESO: 1. <input checked="" type="checkbox"/> Empleado del Gobierno, Municipios o Corporaciones Públicas 2. <input type="checkbox"/> Empleado del Gobierno Federal 3. <input type="checkbox"/> Empleado de Empresa Privada 4. <input type="checkbox"/> Retirado/Pensionado 5. <input type="checkbox"/> Otro Su ocupación DIRECTOR ESCOLAR 8110 Ocupación cónyuge		E. ESTADO PERSONAL AL FINALIZAR EL AÑO CONTRIBUTIVO: 1. <input type="checkbox"/> Casado (Ennegrezca aquí <input type="checkbox"/> si se acoge al cómputo opcional y pase al Anejo CO Individuo) 2. <input checked="" type="checkbox"/> Contribuyente individual (Ennegrezca e indique nombre y seguro social del cónyuge si es: <input type="checkbox"/> Casado con capitulaciones de total separación de bienes <input type="checkbox"/> Casado que no vivía con su cónyuge) 3. <input type="checkbox"/> Casado que rinde separado (Indique nombre y seguro social del cónyuge arriba)			
PASE A LA PAGINA 2 PARA DETERMINAR SU REINTEGRO O PAGO.					
Reintegro		1. CONTRIBUCION PAGADA EN EXCESO (Encasillado 1, línea 14. Indique distribución en las líneas A, B y C). 01 (01) .00 A) Aportación al Fondo Especial para el Estuario de la Bahía de San Juan (02) .00 B) Aportación al Fondo Especial para la Universidad de Puerto Rico. (03) .00 C) REINTEGRAR (Si desea que se le deposite el reintegro directamente en su cuenta, complete el Encasillado de Depósito) (04) .00			
		2. TOTAL NO PAGADO DE LA CONTRIBUCION (Encasillado 1, línea 14) (05) 176.00 3. Menos: Cantidad pagada (a) Con Planilla o Electrónicamente a través de un Programa Certificado. (06) .00 (b) Intereses. (07) .00 (c) Recargos y Penalidades (08) .00			
		4. BALANCE PENDIENTE DE PAGO (Línea 2 menos línea 3(a)) (10) 176.00			
		5. TOTAL A PAGAR (Línea 4) (11) 176.00			
Depósito		AUTORIZACION PARA DEPOSITO DIRECTO DE REINTEGRO Tipo de cuenta Número de ruta/tránsito Número de su cuenta <input type="checkbox"/> Cheques <input type="checkbox"/> Ahorros Cuenta a nombre de: _____ y _____ (Nombre completo en letra de molde según aparece en su cuenta. Si es casado y rinde planilla conjunta, incluya el nombre del cónyuge)			
		Declaro bajo penalidad de perjurio que he examinado la información incluida en esta planilla, anejos y documentos que se acompañan, y que la misma es cierta, correcta y completa. La declaración de la persona que prepara la planilla (excepto el contribuyente) es con respecto a la información disponible y dicha información ha sido verificada.			
Firma del Contribuyente <input checked="" type="checkbox"/> FIRMADA ELECTRONICAMENTE		Fecha 11/04/2013		Firma del Cónyuge <input checked="" type="checkbox"/> FIRMADA ELECTRONICAMENTE	
04 Nombre del Especialista (Letra de Molde) OLGA E CABALLERO		Nombre de la Firma o Negocio HR BLOCK			
Firma del Especialista <input checked="" type="checkbox"/> FIRMADA ELECTRONICAMENTE		Fecha 11/04/2013		Especialista por cuenta propia (ennegrezca aquí) <input type="checkbox"/> Número de Registro 7971	
NOTA AL CONTRIBUYENTE Indique si hizo pagos por la preparación de su planilla: <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO. Si contestó "SI", exija la firma y el número de registro del Especialista.					

Formulario 499R-201W-2CPK

GOBIERNO DE PUERTO RICO - GOVERNMENT OF PUERTO RICO
Departamento de Hacienda - Department of the Treasury

Form

Rev. 09.12

CORRECCION AL COMPROBANTE DE RETENCION
CORRECTED WITHHOLDING STATEMENT☐ Corrección
Correction☒ Duplicado
DuplicateNo envíe a la Adm. Seq. Social
Do not sent to Soc. Sec. Adm.

AÑO A CORREGIRSE Year Being Corrected 2012	1. FECHA CESE DE OPERACIONES Cease of Operations Date Día - Day Mes- Month Año - Year	2a. NUM.SEG. SOC. EMPLEADO Employee's Social Security No.	2b. NUM. DE IDENTIFICACION PATRONAL Employer Identification No. (EIN) 66-0433481
3a. NOMBRE - First Name APELLIDO(S) - Sumame(s) LUIS ORTIZ OCASIO		4a. NOMBRE Y DIRECCION POSTAL DEL PATRONO Employer's Name and Mailing Address DEPT DE EDUCACION-CLASIFICADOS L8112423531	
3b. DIRECCION POSTAL DEL EMPLEADO -Employee's Mailing Address DEPARTAMENTO DE EDUCACION		4b. NUMERO DE TELEFONO - Telephone Number	

COMPLETE LINEA 5a ó 5b SOLAMENTE SI LA INFORMACION ORIGINAL ESTABA INCORRECTA. ANOTE NUMERO Y NOMBRE INCORRECTOS. Complete line 5a or 5b only if the original information reported was incorrect. Enter the incorrect Social Security Number and name.

5a.NUM. SEG. SOC. (INCORRECTO) Incorrect Social Security No.	5b.NOMBRE DEL EMPLEADO (INCORRECTO) Nombre - First Name Apellido(s) -Sumame(s)	5c. Fecha en que comenzó a recibir la pensión: Date on which you started to receive the pension: Día - Day Mes- Month Año - Year
--	---	---

Linea -Line	a) Según se Informó Originalmente As Originally Reported	b) Información Correcta Correct Information	c) Aumento (Reducción) (Diferencia entre a y b) Increase (Decrease) (Difference between a and b)
6. COSTO DE PENSION O ANUALIDAD Cost of Pension or Annuity	\$.00		
6A. COSTO DE CUBIERTA DE SALUD AUSPICIA DA POR EL PATRONO Cost of Employer - Sponsored Health Coverage	\$.00		
6B. DONATIVOS Charitable Contributions	\$.00		
7. SUELDOS Wages	\$9,744.00		
8. COMISIONES Commissions	\$.00		
9. CONCESIONES Allowances	\$.00		
10. PROPINAS Tips	\$.00		
11. TOTAL = 7+8+9+10	\$9,744.00		
12. GASTOS REEMBOLSADOS Y BENEFICIOS MARGINALES Reimbursed Expenses and Fringe Benefits	\$.00		
13. CONTRIBUCION RETENIDA Tax Withheld	\$957.22		
14. FONDO DE RETIRO GUBERNAMENTAL Governmental Retirement Fund	\$.00		
15. APORTACIONES A PLANES CUALIFICADOS Contributions to CODA PLANS	\$.00		
16. SALARIOS BAJO LEY 324-2004 Salaries under Act 324-2004	\$.00		
16A. APORTACIONES AL PROGRAMA AHORRA Y DUPLICA TU DINERO Contributions to the Save and Double your Money Program	\$.00		
17. TOTAL SUELDOS SEGURO SOCIAL Social Security Wages	\$9,744.00		
18. SEGURO SOCIAL RETENIDO Social Security Tax Withheld	\$409.25		
19. TOTAL SUELDOS Y PROPINAS MEDICARE Medicare Wages and Tips	\$9,744.00		
20. CONTRIBUCION MEDICARE RETENIDA Medicare Tax Withheld	\$141.29		
21. PROPINAS SEGURO SOCIAL Social Security Tips	\$.00		
22. SEGURO SOCIAL NO RETENIDO EN PROPINAS Uncollected Social Security Tax on Tips	\$.00		
23. CONTRIBUCION MEDICARE NO RETENIDA EN PROPINAS - Uncollected Medicare Tax on Tips	\$.00		

RAZONES PARA EL CAMBIO:

Reasons for the change:

FIRMA DEL PATRONO O SU REPRESENTANTE AUTORIZADO Employer's or Duly Authorized Agent's Signature Humberto Tapia Fontanez	TITULO - Title	FECHA - Date 10/ABRIL/2013
NUMERO CONTROL - Control Number 120038740	NUMERO CONTROL DEL COMPROBANTE ORIGINAL - Control number of original withholding statement 125552824	

VEANSE INSTRUCCIONES AL DORSO
SEE INSTRUCTIONS ON BACKCopia C - Copia del Empleado
Copy C - Employee's Record

Reproducido: Departamento de Educación

Formulario 495R-ZC/W-ZCPR		GOBIERNO DE PUERTO RICO - GOVERNMENT OF PUERTO RICO Departamento de Hacienda - Department of the Treasury		<input type="checkbox"/> Corrección Correction <input checked="" type="checkbox"/> Duplicado Duplicate No envíe a la Adm. Sec. Social Do not sent to Soc. Sec. Adm.	
Form Rev. 09.12		CORRECCION AL COMPROBANTE DE RETENCION CORRECTED WITHHOLDING STATEMENT			
AÑO A CORREGIRSE Year Being Corrected 2012		1. FECHA CESE DE OPERACIONES Cease of Operations Date Día - Day Mes - Month Año - Year		2a. NUM. SEG. SOC. EMPLEADO Employee's Social Security No.	
				2b. NUM. DE IDENTIFICACION PATRONAL Employer Identification No. (EIN) 66-0433481	
3a. NOMBRE - First Name APELLIDO(S) - Surname(s) LUIS ORTIZ OCASIO			4a. NOMBRE Y DIRECCION POSTAL DEL PATRONO Employer's Name and Mailing Address DEPT DE EDUCACION-CLASIFICADOS L8112320297		
3b. DIRECCION POSTAL DEL EMPLEADO - Employee's Mailing Address PO BOX 3078			4b. NUMERO DE TELEFONO - Telephone Number		
COMPLETE LINEA 5a ó 5b SOLAMENTE SI LA INFORMACION ORIGINAL ESTABA INCORRECTA. ANOTE NUMERO Y NOMBRE INCORRECTOS. Complete line 5a or 5b only if the original information reported was incorrect. Enter the incorrect Social Security Number and name.					
5a. NUM. SEG. SOC. (INCORRECTO) Incorrect Social Security No.		5b. NOMBRE DEL EMPLEADO (INCORRECTO) Nombre - First Name Apellido(s) - Surname(s)		5c. Fecha en que comenzó a recibir la pensión: Date on which you started to receive the pension: Día - Day Mes - Month Año - Year	
Linea - Line		a) Según se informó Originalmente As Originally Reported		b) Información Correcta Correct Information	
6. COSTO DE PENSION O ANUALIDAD Cost of Pension or Annuity		\$.00			
6A. COSTO DE CUBIERTA DE SALUD AUSPICIADA POR EL PATRONO Cost of Employer - Sponsored Health Coverage		\$.00			
6B. DONATIVOS Charitable Contributions		\$.00			
7. SUELDOS Wages		\$38,860.00			
8. COMISIONES Commissions		\$.00			
9. CONCESIONES Allowances		\$.00			
10. PROPINAS Tips		\$.00			
11. TOTAL = 7+8+9+10		\$38,860.00			
12. GASTOS REEMBOLSADOS Y BENEFICIOS MARGINALES Reimbursed Expenses and Fringe Benefits		\$.00			
13. CONTRIBUCION RETENIDA Tax Withheld		\$2,289.52			
14. FONDO DE RETIRO GUBERNAMENTAL Governmental Retirement Fund		\$3,407.52			
15. APORTACIONES A PLANES CUALIFICADOS Contributions to CODA PLANS		\$.00			
16. SALARIOS BAJO LEY 324-2004 Salaries under Act 324-2004		\$.00			
16A. APORTACIONES AL PROGRAMA AHORRA Y DUPLICA TU DINERO Contributions to the Save and Double your Money Program		\$.00			
17. TOTAL SUELDOS SEGURO SOCIAL Social Security Wages		\$.00			
18. SEGURO SOCIAL RETENIDO Social Security Tax Withheld		\$.00			
19. TOTAL SUELDOS Y PROPINAS MEDICARE Medicare Wages and Tips		\$38,860.00			
20. CONTRIBUCION MEDICARE RETENIDA Medicare Tax Withheld		\$563.47			
21. PROPINAS SEGURO SOCIAL Social Security Tips		\$.00			
22. SEGURO SOCIAL NO RETENIDO EN PROPINAS Uncollected Social Security Tax on Tips		\$.00			
23. CONTRIBUCION MEDICARE NO RETENIDA EN PROPINAS Uncollected Medicare Tax on Tips		\$.00			
RAZONES PARA EL CAMBIO: Reasons for the change:					
FIRMA DEL PATRONO O SU REPRESENTANTE AUTORIZADO Employer's or Duly Authorized Agent's Signature Humberto Tapia Fontanez			TITULO - Title		FECHA - Date 10/ABRIL/2013
NUMERO CONTROL - Control Number 120038739		NUMERO CONTROL DEL COMPROBANTE ORIGINAL - Control number of original withholding statement 125551788			
VEANSE INSTRUCCIONES AL DORSO SEE INSTRUCTIONS ON BACK			Copia C - Cópia del Empleado Copy C - Employee's Record Reproducido: Departamento de Educación		

Cambios - Changes

Liquidador		Revisor		2013 ESTADOS UNIDOS DE PUERTO RICO DEPARTAMENTO DE HACIENDA 2013 PLANILLA DE CONTRIBUCION SOBRE INGRESOS DE INDIVIDUOS AÑO CONTRIBUTIVO 2013 O AÑO COMENZADO EL		Número de Serie									
R	G	RO	V1	V2	P1	P2	N	D1	D2	E	A	M	<input type="checkbox"/> PLANILLA ENVIADA <input type="checkbox"/> FALLECIDO DURANTE EL AÑO: ____/____/____ <input type="checkbox"/> CONTRIBUYENTE <input type="checkbox"/> CONYUGE <input type="checkbox"/> CONYUGE SUPERSTITE RINDE OTRA PLANILLA PARA EL AÑO CONTRIBUTIVO		
Nombre del Contribuyente: <u>Luis</u> Inicial: <u>O</u> Apellido Paterno: <u>Ortiz</u> Apellido Materno: <u>Ocasio</u> Dirección Postal: <u>URB. Paraíso de Coamo G/S</u> <u>Coamo</u> <u>P.R.</u> Código Postal: <u>00769</u> "Coloque la etiqueta engomada (Label) aquí".												Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Sexo: <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/> F Día Mes Año Número de Seguro Social: <u>787 403-5354</u> Fecha de Nacimiento del Cónyuge: ____/____/____ Sexo: <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F Día Mes Año Teléfono Residencia: <u>(787) 403-5354</u> Teléfono del Trabajo: <u>()</u>		Sello de Recibido Estado Libre Asociado de Puerto Rico DEPARTAMENTO DE HACIENDA 1141-Colección Barranquitas RECIBIDO 08 ABR. 2014 SIN PAGO SECRETARÍA DE HACIENDA	
Nombre e Inicial del Cónyuge: _____ Apellido Paterno: _____ Apellido Materno: _____ Dirección Residencial Completa (Barrio o Urbanización, Número, Calle): <u>Paraíso de Coamo</u> <u>B8 CALLE PAZ</u> Código Postal: <u>00769</u> Correo Electrónico (E-Mail): _____												Cambio de Dirección: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No PLANILLA 2014: <input type="checkbox"/> ESPAÑOL <input type="checkbox"/> INGLÉS			

Cuestionario	SI NO	A. <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> ¿Ciudadano de Estados Unidos? B. <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> ¿Residente de Puerto Rico al finalizar el año? C. <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> ¿Otros ingresos excluidos o exentos de contribución? (Someta Anejo IE Individuo) D. <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> ¿Individuo residente inversionista? (Someta Anejo F1 Individuo) E. FUENTE DE MAYOR INGRESO: 1. <input checked="" type="radio"/> Empleado del Gobierno, Municipios o Corporaciones Públicas 2. <input type="radio"/> Empleado del Gobierno Federal 3. <input type="radio"/> Empleado de Empresa Privada 4. <input type="radio"/> Retirado/Pensionado 5. <input type="radio"/> Trabajo Cuenta Propia (Indique la industria o negocio principal) 6. <input type="radio"/> Otro _____		F. ESTADO PERSONAL AL FINALIZAR EL AÑO CONTRIBUTIVO: 1. <input type="radio"/> Casado (Ennegrezca aquí <input type="checkbox"/> si se acoge al cómputo opcional y pase al Anejo CO Individuo) 2. <input checked="" type="radio"/> Contribuyente individual (Ennegrezca e indique nombre y seguro social del cónyuge si es: <input type="checkbox"/> Casado con capitulaciones de total separación de bienes <input type="checkbox"/> Casado que no vivía con su cónyuge) 3. <input type="radio"/> Casado que rinde separado (Indique nombre y seguro social del cónyuge arriba)	
	<input type="checkbox"/> PLANILLA CON CHEQUE <input type="checkbox"/> FAVOR DE FLUJAR CHEQUE EN ESTE LUGAR	Su ocupación: _____ Ocupación cónyuge: _____		CONTRATO GOBIERNO: <input type="checkbox"/> Contribuyente <input type="checkbox"/> Cónyuge	

PASE A LA PAGINA 2 PARA DETERMINAR SU REINTEGRO O PAGO.					
Reintegro	1. CONTRIBUCION PAGADA EN EXCESO (Encasillado 3, línea 28. Indique distribución en las líneas A, B, C y D) 01			(01)	00
	A) Acreditar a la contribución estimada 2014			(02)	00
	B) Aportación al Fondo Especial para el Estuario de la Bahía de San Juan			(03)	00
	C) Aportación al Fondo Especial para la Universidad de Puerto Rico			(04)	00
	D) A REINTEGRAR (Si desea que se le deposite el reintegro directamente en una cuenta, complete el Encasillado de Depósito)			(05)	242 00
Pago	2. TOTAL NO PAGADO DE LA CONTRIBUCION (Encasillado 3, línea 28)			(06)	00
	3. Menos: Cantidad pagada (a) Con Planilla o Electrónicamente a través de un Programa Certificado			(07)	00
	(b) Intereses			(08)	00
	(c) Recargos _____ y Penalidades			(09)	00
4. BALANCE PENDIENTE DE PAGO (Línea 2 menos línea 3(a))			(10)	00	

AUTORIZACION PARA DEPOSITO DIRECTO DE REINTEGRO			
Tipo de cuenta	Número de ruta/tránsito	Número de su cuenta	
<input type="radio"/> Cheques <input type="radio"/> Ahorros	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Cuenta a nombre de: _____ y _____ (Nombre completo en letra de molde según aparece en su cuenta. Si es casado y rinde planilla conjunta, incluya el nombre del cónyuge)			

Declaro bajo penalidad de perjurio que he examinado la información incluida en esta planilla, anejos y documentos que se acompañan, y que la misma es cierta, correcta y completa. La declaración de la persona que prepara la planilla (excepto el contribuyente) es con respecto a la información disponible y dicha información ha sido verificada.

Firma del Contribuyente	Fecha	Firma del Cónyuge	Fecha
<u>[Firma]</u>	<u>7/26/13</u>	<u>[Firma]</u>	
Nombre del Especialista (Letra de Molde)		Nombre de la Firma o Negocio	
04			

Firma del Especialista	Fecha	Especialista por cuenta propia (ennegrezca aquí)	Número de Registro
<u>[Firma]</u>		<input type="checkbox"/>	

NOTA AL CONTRIBUYENTE: Indique si hizo pagos por la preparación de su planilla: ☐ Si ☐ No. Si contestó "Si", exija la firma y el número de registro del Especialista.

Período de Conservación: Diez (10) años

Formulario
Form 499R-2/W-2 PR
Rev. 08.13

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO - COMMONWEALTH OF PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY
COMPROBANTE DE RETENCION - WITHHOLDING STATEMENT

1. Nombre - First Name LUIS		3. Núm. Seguro Social Social Security No.		7. Sueldos - Wages 38860.00		INFORMACION PARA EL DEPARTAMENTO DE HACIENDA DEPARTMENT OF THE TREASURY INFORMATION		INFORMACION PARA EL SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION	
Apellido(s) - Surname(s) ORTIZ OCASIO		4. Núm. de Ident. Patronal Employer Ident. No. (EIN) 660433481		8. Comisiones - Commissions 0.00				17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages 0.00	
Dirección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address PO BOX 3078 JUNCOS, PR 00777		5. Fecha en que comenzó a recibir la pensión - Date on which you started to receive the pension Día Mes Año Day Month Year		9. Concesiones - Allowances 0.00				18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld 0.00	
2. Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address DEPT DE EDUCACION-CLASIFICADOS AVE. TENIENTE CESAR GONZALEZ ESQUINA CALAF HATO REY, PR 00919		6. Costo de Pensión o Anualidad Cost of Pension or Annuity 0.00		10. Propinas - Tips 0.00				19. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips 38860.00	
Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number		6A. Costo de cubierta de salud auspiciada por el patrono - Cost of employer-sponsored health coverage 0.00		11. Total=7+8+9+10 38860.00				20. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld 563.47	
Fecha Cese de Operaciones: Día Mes Año Cease of Operations Date: Day Month Year		6B. Donativos Charitable Contributions 0.00		12. Gastos Reemb. y Beneficios Marginales Reimb. Expenses and Fringe Benefits 0.00				21. Propinas Seguro Social Social Security Tips 0.00	
Número Confirmación de Radicación Electrónica Electronic Filing Confirmation Number C400001		Copia B para Planilla del Empleado Copy B for Employee's Tax Return Año: 2013 Year:		13. Cont. Retenida - Tax Withheld 1986.88				22. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected Social Security Tax on Tips 0.00	
Número Control - Control Number 004529169				14. Fondo de Retiro Gubernamental Governmental Retirement Fund 3407.52				23. Contrib. Medicare no Retenida en Propinas - Uncollected Medicare Tax on Tips 0.00	
				15. Aportaciones a Planes Cualific. Contributions to CODA PLANS 0.00					
				16. Salarios bajo Ley 324-2004 Salaries under Act 324-2004 0.00					
				16A. Aportaciones al Programa Ahorra y Duplica tu Dinero - Contributions to the Save and Double your Money Program 0.00					

Conservación: Diez (10) años a partir de la fecha de radicación en el Negociado de Procesamiento de Planillas
Retention: Ten (10) years from the filing date in the Return Processing Bureau

Reproducido por: Departamento de Hacienda

Formulario
Form 499R-2/W-2 PR
Rev. 08.13

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO - COMMONWEALTH OF PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY
COMPROBANTE DE RETENCION - WITHHOLDING STATEMENT

1. Nombre-First Name LUIS		3. Núm. Seguro Social Social Security No.		7. Sueldos - Wages 38860.00		INFORMACION PARA EL DEPARTAMENTO DE HACIENDA DEPARTMENT OF THE TREASURY INFORMATION		INFORMACION PARA EL SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION	
Apellido(s) - Surname(s) ORTIZ OCASIO		4. Núm. de Ident. Patronal Employer Ident. No. (EIN) 660433481		8. Comisiones - Commissions 0.00				17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages 0.00	
Dirección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address PO BOX 3078 JUNCOS, PR 00777		5. Fecha en que comenzó a recibir la pensión - Date on which you started to receive the pension Día Mes Año Day Month Year		9. Concesiones - Allowances 0.00				18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld 0.00	
2. Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address DEPT DE EDUCACION-CLASIFICADOS AVE. TENIENTE CESAR GONZALEZ ESQUINA CALAF HATO REY, PR 00919		6. Costo de Pensión o Anualidad Cost of Pension or Annuity 0.00		10. Propinas - Tips 0.00				19. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips 38860.00	
Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number		6A. Costo de cubierta de salud auspiciada por el patrono - Cost of employer-sponsored health coverage 0.00		11. Total=7+8+9+10 38860.00				20. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld 563.47	
Fecha Cese de Operaciones: Día Mes Año Cease of Operations Date: Day Month Year		6B. Donativos Charitable Contributions 0.00		12. Gastos Reemb. y Beneficios Marginales Reimb. Expenses and Fringe Benefits 0.00				21. Propinas Seguro Social Social Security Tips 0.00	
Número Confirmación de Radicación Electrónica Electronic Filing Confirmation Number C400001		Copia C para Récord del Empleado Copy C for Employee's Records Año: 2013 Year:		13. Cont. Retenida - Tax Withheld 1986.88				22. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected Social Security Tax on Tips 0.00	
Número Control - Control Number 004529169				14. Fondo de Retiro Gubernamental Governmental Retirement Fund 3407.52				23. Contrib. Medicare no Retenida en Propinas - Uncollected Medicare Tax on Tips 0.00	
				15. Aportaciones a Planes Cualific. Contributions to CODA PLANS 0.00					
				16. Salarios bajo Ley 324-2004 Salaries under Act 324-2004 0.00					
				16A. Aportaciones al Programa Ahorra y Duplica tu Dinero - Contributions to the Save and Double your Money Program 0.00					

Periodo de Conservación: Diez (10) años.

Anejo M Individuo <small>Rev. 31 oct 14</small>		INGRESO DE PROFESIONES Y COMISIONES			2014	
		Año contributivo comenzado el <u>1</u> de <u>enero</u> de <u>2014</u> y terminado el <u>31</u> de <u>diciembre</u> de <u>2014</u>				
Nombre del contribuyente LUIS ORTIZ OCASIO					Número de Seguro Social 	
Parte I Cuestionario (Deberá llenar un anejo por cada fuente de ingreso) 67						
Número de Identificación Patronal 66-0433561		Ingreso proveniente de (ennegrezca uno): <input checked="" type="radio"/> 1 Contribuyente <input type="radio"/> 2 Cónyuge		Ennegrezca uno: <input checked="" type="radio"/> 3 Profesion <input type="radio"/> 4 Comisiones		Ennegrezca aquí si ésta es su industria o negocio principal <input type="radio"/>
						Fecha de comienzo de operaciones: Día <u>1</u> Mes <u>1</u> Año <u>2013</u>
Número de Registro de Comerciante 58445765500		Ennegrezca aquí si durante el año contributivo dispuso de la totalidad de los activos utilizados en su industria o negocio <input type="radio"/>				
		Localización de la Oficina Principal - Número, Calle y Pueblo escuela Coamo PR 00769				
Incentivo contributivo bajo: Ley 1-2013 <input type="radio"/> (01) Ley 135-2014 <input type="radio"/> (02)						
Clave Industrial	Código	Naturaleza de la profesión (Ej. abogado, contador, comisionista, etc.) maestro			Número de empleados 0	
Indique si reclamó gastos relacionados con la titularidad, uso, mantenimiento y depreciación de los siguientes conceptos (ennegrezca las que apliquen). Además, indique si el negocio derivó más del 80% de la totalidad de sus ingresos de actividades relacionadas exclusivamente con la pesca o transportación de pasajeros o de carga o arrendamiento en el caso de embarcaciones, transportación de pasajeros o de carga o arrendamiento en el caso de aeronaves, o alquiler de propiedades a personas no relacionadas en el caso de propiedad residencial fuera de Puerto Rico.						
Concepto		Indique si reclamó gastos		Indique si derivó 80% o más del ingreso de esa actividad		
1. automóviles		<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No		
2. embarcaciones		<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No		<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No		
3. aeronaves		<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No		<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No		
4. propiedad residencial fuera de Puerto Rico		<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No		<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No		
Parte II Determinación de Ganancia o Pérdida 75						
1. Ingresos						3,975 00
2. Menos: Cantidad exenta bajo Ley 135-2014 (02) <input type="radio"/> 1 Hasta \$40,000 <input type="radio"/> 2 Hasta \$500,000 (Véanse instrucciones)						00
3. Ingreso bruto después de la exención bajo la Ley 135-2014 (Línea 1 menos línea 2, si aplica. De otro modo, anote el importe de la línea 1)						3,975 00
4. Ingreso ganado a través de corporaciones de individuos, sociedades y sociedades especiales						00
5. Menos: Gastos de operación y otros costos (Informe detalle en Parte III)						3,237 00
6. Ingreso neto del año corriente (Sume líneas 3 y 4 menos línea 5)						738 00
7. Menos: Pérdida neta en operaciones de años anteriores (Acompañe anejo, véanse instrucciones)						00
8. Ganancia (o pérdida) (Si es una ganancia, traslade el total a la página 2, Encasillado 1, línea 2K de la planilla o línea 3K, Columna B o C del Anejo CO Individuo, según aplique. Si es una pérdida, véanse instrucciones. Por otro lado, si es una ganancia que tributa a tasa reducida bajo una Ley de Incentivos, traslade el total a la Columna correspondiente de la línea 4(i) del Anejo A2 Individuo, según la tasa contributiva que le aplique a dicha ganancia)						738 00
Parte III Gastos de Operación y Otros Costos 85						
A. Gastos deducibles para la contribución básica alterna:						
1. Salarios, comisiones y bonificaciones a empleados (Véanse instrucciones)						00
2. Gastos de nómina (Véanse instrucciones)						00
3. Seguro médico o de hospitalización						1,482 00
4. Aportación a planes de pensiones cualificados (Véanse instrucciones. Someta Modelo SC 6042)						00
5. Servicios profesionales (Véanse instrucciones)						00
6. Alquiler, renta y cánones pagados (Véanse instrucciones)						00
7. Intereses sobre deudas del negocio						00
8. Contribuciones sobre la propiedad, patentes y licencias						00
9. Seguros (Véanse instrucciones)						00
10. Servicios públicos (agua, luz, teléfono, etc.)						325 00
11. Depreciación y amortización (Someta Anejo E)						00
12. Gastos de automóviles (Millaje <u>691</u>) (12) (Véanse instrucciones)						414 00
13. Gastos de otros vehículos de motor (Véanse instrucciones)						00
14. Contribución federal sobre el trabajo por cuenta propia (Véanse instrucciones)						56 00
15. Costos directos imprescindibles (Someta anejo detallado. Véanse instrucciones)						00
16. Subtotal (Sume líneas 1 a la 15)						2,277 00
B. Otras deducciones:						
17. Comisiones a negocios						00
18. Reparaciones						460 00
19. Otros seguros						00
20. Anuncios						00
21. Gastos de viajes						00
22. Gastos de comida y entretenimiento (Total de gastos \$ _____) (23) (Véanse instrucciones)						00
23. Materiales y efectos						200 00
24. Deudas incobrables						00
25. Otros gastos (Someta anejo detallado)						00
26. Subtotal (Sume líneas 17 a la 25)						300 00
27. Total (Sume líneas 16 y 26. Traslade a la Parte II, línea 5 de este Anejo)						960 00
						3,237 00

Modelo SC 2909

Rev. 17 feb 16



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE HACIENDA

**AUTORIZACIÓN A ESPECIALISTAS EN PLANILLAS PARA LA RADICACIÓN ELECTRÓNICA
Y FIRMA DIGITAL DE LA PLANILLA DE CONTRIBUCIÓN SOBRE INGRESOS DE INDIVIDUOS**

La Sección 1061.01 del Código de Rentas Internas de Puerto Rico de 2011, según enmendado, establece la obligación de rendir la Planilla de Contribución sobre Ingresos de Individuos y permite que la misma sea autenticada mediante firma digital. El contribuyente que designe a un Especialista en Planillas, Declaraciones y Reclamaciones de Reintegro (Especialista) para firmar de forma digital, en su representación, su planilla, deberá completar este modelo y entregarlo al Especialista junto con copia de su licencia de conducir o pasaporte.

Parte I - Información del Contribuyente (Si es de planilla conjunta debe completarla información del cónyuge)

Nombre del Contribuyente	Inicial	Apellido Paterno	Apellido Materno	Número de Seguro Social Contribuyente
LUIS ORTIZ OCASIO				
Nombre del Cónyuge	Inicial	Apellido Paterno	Apellido Materno	Número de Seguro Social Cónyuge
Dirección	Correo electrónico			Teléfono
URB PARAISO DE COAMO 615 CALLE PAZ COAMO PR 00769	afigueroa@apagpr.com			787-405-5354

Parte II - Información de la Planilla de Contribución sobre Ingresos de Individuos

1. Año Contributivo	2015
2. Ingreso Bruto Ajustado (Página 2, Encasillado 1, línea 5 de la planilla)	\$ 38813
3. Contribución Determinada (Página 2, Encasillado 3, línea 19 de la planilla)	\$ 2087
4. Total de Contribución Retenida, Pagada y Crédito Reembolsable (Página 2, Encasillado 3, línea 23 E de la planilla)	\$ 2640
5. Cantidad a Reintegrar (Página 1, línea 1D de la planilla)	\$ 553
6. Balance Pendiente de Pago (Página 1, línea 4 de la planilla)	\$ 0

Parte III - Designación de Especialista

Nombre del Especialista (en letra de molde)	Número de Seguro Social o Identificación Patronal		
Antonio A Figueroa Alvarado	66-0750323		
Nombre de la Firma o Negocio	Número de Registro		
AP Advisory Group Corp	8853		
Dirección Postal	Correo Electrónico	Teléfono	
PO Box 52006	afigueroa@apagpr.com	787-268-1616	
Toa Baja PR 00950-2006			

Actos Autorizados - El Especialista está autorizado a radicar electrónicamente y a firmar de forma digital la Planilla de Contribución sobre Ingresos de Individuos del contribuyente para el año contributivo 2015.

Parte IV - Firma del Contribuyente - Si es de planilla conjunta tanto el contribuyente como el cónyuge deben firmar esta Autorización.

Declaro bajo penalidad de perjurio que he examinado la copia electrónica de mi Planilla de Contribución sobre Ingresos de Individuos, los anejos y documentos que se acompañan para el año contributivo 2015 y que la misma es cierta, correcta y completa. Declaro que las cantidades de la Parte II, arriba indicados, son las mismas que se incluyeron en la copia electrónica de mi Planilla de Contribución sobre Ingresos de Individuos. Autorizo al Especialista a radicar por medios electrónicos y a firmar de forma digital mi Planilla de Contribución sobre Ingresos de Individuos para el año contributivo indicado en esta Autorización.

Firma del Contribuyente	Nombre (en letra de molde)	Fecha
	LUIS ORTIZ OCASIO	13-04-2016
Firma del Cónyuge	Nombre (en letra de molde)	Fecha

Si esta Autorización no está firmada y fechada la misma no será válida.

Período de Conservación: Diez (10) años.

DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY COMPROBANTE DE RETENCION - WITHHOLDING STATEMENT		DEPARTAMENTO DE HACIENDA DEPARTMENT OF THE TREASURY INFORMATION	INFORMACION PARA EL SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION
1. Nombre - First Name LUIS	3. Núm. Seguro Social Social Security No.	7. Sueldos - Wages 38460.00	17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages 0.00
Apellido(s) - Surname(s) ORTIZ OCASIO	4. Núm. de Ident. Patronal Employer Ident. No. (EIN) 660433481	8. Comisiones - Commissions 0.00	18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld 0.00
Dirección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address PO BOX 3078 JUNCOS, PR 00777	5. Costo de cubierta de salud auspiciada por el patrono - Cost of employer-sponsored health coverage 0.00	9. Concesiones - Allowances 0.00	19. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips 38460.00
2. Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address DEPT DE EDUCACION-CLASIFICADOS AVE. TENIENTE CESAR GONZALEZ ESQUINA CALAF HATO REY, PR 00919	6. Donativos Charitable Contributions 0.00	10. Propinas - Tips 0.00	20. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld 557.67
Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number	Patrono: - Employer: • Envíe a: - Send to: Social Security Administration Data Operations Center Wilkes-Barre, PA 18769-0001 Con la W-3PR • Envíe al Departamento de Hacienda electrónicamente Send to Department of the Treasury electronically (www.hacienda.pr.gov) • Entregue dos copias al empleado Deliver two copies to employee • Conserve copia para sus récords Keep copy for your records	11. Total=7+8+9+10 38460.00	21. Propinas Seguro Social Social Security Tips 0.00
Fecha Cese de Operaciones: Cease of Operations Date: Día Mes Año Day Month Year	Año: 2015	12. Gastos Reemb. y Beneficios Marginales Reimb. Expenses and Fringe Benefits 0.00	22. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected Social Security Tax on Tips 0.00
Número Confirmación de Radicación Electrónica Electronic Filing Confirmation Number S150008		13. Cont. Retenida - Tax Withheld 1916.88	23. Contrib. Medicare no Retenida en Propinas - Uncollected Medicare Tax on Tips 0.00
Número Control - Control Number 004958540		14. Fondo de Retiro Gubernamental Governmental Retirement Fund 3407.52	
Fecha de radicación: 31 de enero - Filing date: January 31		15. Aportaciones a Planes Cualific. Contributions to CODA PLANS 0.00	
		16. Salarios Exentos (Ver instrucciones) Exempt Salaries (See instructions) 0.00	
		16A. Código de Salarios Exentos Exempt Salaries Code	
		16B. Aportaciones al Programa Ahorra y Duplica tu Dinero - Contributions to the Save and Double your Money Program 0.00	

Formulario
Form 499R-2/18-20 PR
Rev. 08.15

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO - COMMONWEALTH OF PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY
COMPROBANTE DE RETENCION - WITHHOLDING STATEMENT

Reproducido por: Departamento de Hacienda

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO - COMMONWEALTH OF PUERTO RICO DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY COMPROBANTE DE RETENCION - WITHHOLDING STATEMENT		DEPARTAMENTO DE HACIENDA DEPARTMENT OF THE TREASURY INFORMATION	INFORMACION PARA EL SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION
1. Nombre-First Name LUIS	3. Núm. Seguro Social Social Security No.	7. Sueldos - Wages 38460.00	17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages 0.00
Apellido(s) - Surname(s) ORTIZ OCASIO	4. Núm. de Ident. Patronal Employer Ident. No. (EIN) 660433481	8. Comisiones - Commissions 0.00	18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld 0.00
Dirección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address PO BOX 3078 JUNCOS, PR 00777	5. Costo de cubierta de salud auspiciada por el patrono - Cost of employer-sponsored health coverage 0.00	9. Concesiones - Allowances 0.00	19. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips 38460.00
2. Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address DEPT DE EDUCACION-CLASIFICADOS AVE. TENIENTE CESAR GONZALEZ ESQUINA CALAF HATO REY, PR 00919	6. Donativos Charitable Contributions 0.00	10. Propinas - Tips 0.00	20. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld 557.67
Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number	Patrono: - Employer: • Envíe a: - Send to: Social Security Administration Data Operations Center Wilkes-Barre, PA 18769-0001 Con la W-3PR • Envíe al Departamento de Hacienda electrónicamente Send to Department of the Treasury electronically (www.hacienda.pr.gov) • Entregue dos copias al empleado Deliver two copies to employee • Conserve copia para sus récords Keep copy for your records	11. Total=7+8+9+10 38460.00	21. Propinas Seguro Social Social Security Tips 0.00
Fecha Cese de Operaciones: Cease of Operations Date: Día Mes Año Day Month Year	Año: 2015	12. Gastos Reemb. y Beneficios Marginales Reimb. Expenses and Fringe Benefits 0.00	22. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected Social Security Tax on Tips 0.00
Número Confirmación de Radicación Electrónica Electronic Filing Confirmation Number S150008		13. Cont. Retenida - Tax Withheld 1916.88	23. Contrib. Medicare no Retenida en Propinas - Uncollected Medicare Tax on Tips 0.00
Número Control - Control Number 004958540		14. Fondo de Retiro Gubernamental Governmental Retirement Fund 3407.52	
Fecha de radicación: 31 de enero - Filing date: January 31		15. Aportaciones a Planes Cualific. Contributions to CODA PLANS 0.00	
		16. Salarios Exentos (Ver instrucciones) Exempt Salaries (See instructions) 0.00	
		16A. Código de Salarios Exentos Exempt Salaries Code	
		16B. Aportaciones al Programa Ahorra y Duplica tu Dinero - Contributions to the Save and Double your Money Program 0.00	

Reproducido por Departamento de Hacienda

www.planillaplus.com

Si se acoge al cómputo opcional de la contribución en el caso de personas casadas que viven juntas y rinden planilla conjunta, no complete los Encasillados 1 y 2, ni las líneas 14 a la 20 del Encasillado 3, y pase al Anejo CO Individual.

1. Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas		A-Contribución Retenida		B-Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas	
<p>SUPLISTRELOS COMPROBANTES DE RETENCIÓN (Formularios 499R-2/W-2PR, 499R-2c/W-2cPRoW-2, según aplique).</p>		<p>1916 00</p>		<p>38460 00</p>	
<p>Total de comprobantes con esta planilla 02 1 (02) 1916 00 (04) 38460 00</p>					
<p>C- Salarios del Gobierno Federal (Total de Formularios W-2 con esta planilla 0) (03) 0 00 (03) 0 00</p>		<p>Salarios Exentos bajo Ley 135-2014 Contribución Retenida</p>		<p>Salarios Federales</p>	
<p>2. Otros Ingresos (o Pérdidas):</p>					
<p>A) Distribuciones totales de planes de retiro cualificados (Anejo D Individual, Parte IV, línea 24) (05) 0 00</p>					
<p>B) Ganancia (o pérdida) en la venta o permuta de activos de capital (Anejo D Individual, Parte V, línea 34 o 35, según aplique) (07) 0 00</p>					
<p>C) Intereses (Anejo FF Individual, Parte I, línea 5) (08) 0 00</p>					
<p>D) Dividendos de corporaciones (Anejo FF Individual, Parte II, línea 4) (09) 0 00</p>					
<p>E) Distribuciones de Planes Gubernamentales (Anejo F Individual, Parte II, línea 3) (10) 0 00</p>					
<p>F) Distribuciones de Cuentas de Retiro Individual y Cuentas de Aportación Educativa (Anejo F Individual, Parte I, línea 2) (11) 0 00</p>					
<p>G) Otros ingresos (Anejo F Individual, Parte V, línea 4 y Anejo FF Individual, Parte II, línea 4) (12) 0 00</p>					
<p>H) Ingresos de anualidades y pensiones (Anejo H Individual, Parte II, línea 4) (13) 0 00</p>					
<p>I) Ganancia (o pérdida) atribuible a industria o negocio (Anejo K Individual, Parte II, línea 12) (14) 0 00</p>					
<p>J) Ganancia (o pérdida) atribuible a la agricultura (Anejo L Individual, Parte II, línea 14) (15) 0 00</p>					
<p>K) Ganancia (o pérdida) atribuible a profesiones y comisiones (Anejo M Individual, Parte II, línea 8) (16) 331 00</p>					
<p>L) Ganancia (o pérdida) atribuible a alquiler (Anejo N Individual, Parte II, línea 9) (17) 0 00</p>					
<p>M) Dividendos de Fondo de Capital de Inversión o de Turismo (Someta Anejo Q1) (18) 0 00</p>					
<p>N) Ganancia neta de capital a largo plazo en Fondos de Inversión (Someta Anejo Q1) (19) 0 00</p>					
<p>O) Participación distribible en beneficios de sociedades, sociedades especiales y corporaciones de individuos (Someta Anejo R Ind.) ... (20) 0 00</p>					
<p>P) Distribuciones de planes de compensación diferida y/o de retiro cualificados (parciales o totales no por separación de servicio o terminación del plan) (Anejo F Individual, Parte III o IV, línea 1, según aplique) (21) 0 00</p>					
<p>Q) Ingreso de salarios, jornales, compensaciones o espectáculos públicos recibidos por un individuo no residente (Formulario 480.6C) (22) 0 00</p>					
<p>R) Pensión recibida por divorcio o separación (Núm. seguro social del que paga:) (23) (24) 38791 00</p>					
<p>3. Total de Ingresos (Suma líneas 1B, 1C y 2A a la 2R) (25) 38791 00</p>					
<p>4. Pensión Pagada por Divorcio o Separación (Núm. seg. soc. del que la recibe:) (26) (Núm. sentencia) (27) (28) 0 00</p>					
<p>5. Ingreso Bruto Ajustado (Línea 3 menos línea 4) (29) 38791 00</p>					
<p>6. Total de Deducciones (Anejo A Individual, Parte I, línea 11 o Parte II, línea 6) (03) (01) 3407 00</p>					
<p>7. Exención Personal (Casado - \$7,000; Contribuyente individual - \$3,500; Casado que rinde separado - \$3,500) (02) 3500 00</p>					
<p>8. Exención por Dependientes (Complete el Anejo A1 Ind., véanse instrucciones): A) (03) 0 x \$2,500 (05) 0 00</p>					
<p>Custodia compartida o casado que rinde separado B) (04) 0 x \$1,250 (06) 0 00</p>					
<p>Total Exención por Dependientes (Suma líneas 8A y 8B) (07) 0 00</p>					
<p>9. Exención Personal Adicional para Veteranos (\$1,500 por veterano. Si ambos cónyuges son veteranos, \$3,000) (08) 0 00</p>					
<p>10. Total Deducciones y Exenciones (Suma líneas 6 a la 9) (09) 6907 00</p>					
<p>11. Ingreso neto antes de la deducción por Ley 185-2014 (Línea 5 menos línea 10. Si la línea 10 es mayor que la línea 5, anote cero) (10) 31884 00</p>					
<p>12. Deducción admisible bajo la Ley 185-2014 (Véanse instrucciones) (11) 0 00</p>					
<p>13. INGRESO NETO SUJETO A CONTRIBUCIÓN (Línea 11 menos línea 12. Si la línea 12 es mayor que la línea 11, anote cero) (12) 31884 00</p>					
<p>14. CONTRIBUCIÓN: (21) <input checked="" type="radio"/> 1 Según Tabla <input type="radio"/> 2 Tasas preferenciales (Anejo A2 Ind.) <input type="radio"/> 3 Extranjero no residente <input type="radio"/> 4 Modelo SC 2668 (22) 2084 00</p>					
<p>15. Cantidad de Ajuste Gradual (Determine este ajuste si la cantidad reflejada en línea 13 o en Anejo A2 Ind., línea 11 es mayor de \$500,000) (Anejo P Ind., línea 7) (23) 0 00</p>					
<p>16. CONTRIBUCIÓN REGULAR ANTES DEL CRÉDITO (Suma líneas 14 y 15) (24) 2084 00</p>					
<p>17. Crédito por contribuciones pagadas a países extranjeros, los Estados Unidos, sus territorios y posesiones (Someta Anejo C Individual) (Véanse inst.) (25) 0 00</p>					
<p>18. CONTRIBUCIÓN REGULAR NETA (Línea 16 menos línea 17) (26) 2084 00</p>					
<p>19. Exceso de la Contribución Básica Alternativa Neta sobre la Contribución Regular Neta (Anejo O Individual, Parte II, línea 7) (Véanse instrucciones) (27) 0 00</p>					
<p>20. Crédito por contribución básica alterna (Anejo O Individual, Parte III, línea 4) (28) 0 00</p>					
<p>21. TOTAL CONTRIBUCIÓN DETERMINADA (Suma líneas 18 y 19 menos línea 20 o anote la cantidad del Anejo CO Individual, línea 24, según aplique) (29) 2084 00</p>					
<p>22. Recobro de crédito reclamado en exceso (Anejo B Individual, Parte I, línea 3) (30) 0 00</p>					
<p>23. Créditos contributivos (Anejo B Individual, Parte II, línea 28) (31) 0 00</p>					
<p>24. RESPONSABILIDAD CONTRIBUTIVA (Suma líneas 21 y 22 menos línea 23. Si es menor de cero, anote cero) (32) 2084 00</p>					
<p>25. CONTRIBUCIÓN RETENIDA, PAGADA Y CRÉDITO REEMBOLSABLE:</p>					
<p>A) Mediante retención sobre salarios (Suma las líneas 1A y 1C del Encasillado 1 o líneas 1A y 2A del Anejo CO Individual) (33) 1916 00</p>					
<p>B) Otros pagos y retenciones (Anejo B Individual, Parte III, línea 22) (34) 525 00</p>					
<p>C) Crédito de la Oportunidad Americana (Someta Anejo B2 Individual) (No aplica a casados que rinden separado) (35) 0 00</p>					
<p>D) Cantidad pagada con prórroga automática (36) 0 00</p>					
<p>E) Total Contribución Retenida, Pagada y Crédito Reembolsable (Suma líneas 25A a la 25D) (37) 2441 00</p>					
<p>26. TOTAL NO PAGADO DE LA CONTRIBUCIÓN (Si la línea 25E es menor que la línea 24, anote la diferencia aquí, de lo contrario en la línea 27) (38) 0 00</p>					
<p>27. Exceso de Contribución Retenida, Pagada y Crédito Reembolsable (39) 357 00</p>					
<p>28. Adición a la Contribución por Falta de Pago de la Contribución Estimada (Anejo T Individual, Parte II, línea 21) (40) 0 00</p>					
<p>29. BALANCE: Si línea 27 es mayor que la suma de líneas 26 y 28, usted tiene un sobrepago. Anote diferencia aquí y en línea 1 de página 1.</p>					
<p>Si línea 27 es menor que la suma de líneas 26 y 28, usted tiene un balance pendiente de pago. Anote diferencia aquí y en línea 2 de la página 1.</p>					
<p>Si diferencia entre línea 27 y la suma de líneas 26 y 28 es igual a cero, anote cero aquí y pase a firmar su planilla en la página 1. (50) 357 00</p>					

LA CANTIDAD REFLEJADA EN LA LÍNEA 29 DEBERÁ TRASLADARSE A LA LÍNEA CORRESPONDIENTE DE LA PÁGINA 1.

Período de Conservación: Diez (10) años

COMPROBANTE DE RETENCION - WITHHOLDING STATEMENT		INFORMACION		SEGURO SOCIAL - SOCIAL SECURITY INFORMATION	
1. Nombre - First Name LUIS	3. Núm. Seguro Social Social Security No.	7. Sueldos - Wages 38460.00	17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages 0.00		
Apellido(s) - Surname(s) ORTIZ OCASIO	4. Núm. de Ident. Patronal Employer Ident. No. (EIN) 660433481	8. Comisiones - Commissions 0.00	18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld 0.00		
Dirección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address PO BOX 3078 JUNCOS, PR 00777	5. Costo de cubierta de salud auspiciada por el patrono - Cost of employer-sponsored health coverage 0.00	9. Concesiones - Allowances 0.00	19. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips 38460.00		
Fecha de Nacimiento Date of Birth: Día 06 Mes 08 Año 1967	6. Donativos Charitable Contributions 0.00	10. Propinas - Tips 0.00	20. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld 557.67		
2. Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address DEPT DE EDUCACION-CLASIFICADOS AVE. TENIENTE CESAR GONZALEZ ESQUINA CALAF HATO REY, PR 00919	Patrono: - Employer: * Envíe a: - Send to: Social Security Administration Data Operations Center Wilkes-Barre, PA 18769-0001 Con la W-3PR * Envíe al Departamento de Hacienda electrónicamente Send to Department of the Treasury electronically (www.hacienda.pr.gov) * Entregue dos copias al empleado Deliver two copies to employee * Conserve copia para sus récords Keep copy for your records	11. Total=7+8+9+10 38460.00	21. Propinas Seguro Social Social Security Tips 0.00		
Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number		12. Gastos Reemb. y Beneficios Marginales Reimb. Expenses and Fringe Benefits 0.00	22. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected Social Security Tax on Tips 0.00		
Fecha Cese de Operaciones: Cease of Operations Date: Día ____ Mes ____ Año ____		13. Cont. Retenida - Tax Withheld 1916.88	23. Contrib. Medicare no Retenida en Propinas - Uncollected Medicare Tax on Tips 0.00		
Número Confirmación de Radicación Electrónica Electronic Filing Confirmation Number S160021		14. Fondo de Retiro Gubernamental Governmental Retirement Fund 3407.52			
Número Control - Control Number 006272459		15. Aportaciones a Planes Cualific. Contributions to CODA PLANS 0.00			
Fecha de radicación: 31 de enero - Filing date: January 31	Año: 2016	Salarios Exentos (Ver instrucciones) Exempt Salaries (See instructions) Código/Code 0.00			
		16A. 0.00			
		16B. Aportaciones al Programa Ahorra y Duplica tu Dinero - Contributions to the Save and Double your Money Program 0.00			

Reproducido por: Departamento de Hacienda

Formulario
Form 499H-2/W-2 PR
Rev. 08.16

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO - COMMONWEALTH OF PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY
COMPROBANTE DE RETENCION - WITHHOLDING STATEMENT

COMPROBANTE DE RETENCION - WITHHOLDING STATEMENT		INFORMACION PARA EL DEPARTAMENTO DE HACIENDA DEPARTMENT OF THE TREASURY INFORMATION		INFORMACION PARA EL SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION	
1. Nombre-First Name LUIS	3. Núm. Seguro Social Social Security No.	7. Sueldos - Wages 38460.00	17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages 0.00		
Apellido(s) - Surname(s) ORTIZ OCASIO	4. Núm. de Ident. Patronal Employer Ident. No. (EIN) 660433481	8. Comisiones - Commissions 0.00	18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld 0.00		
Dirección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address PO BOX 3078 JUNCOS, PR 00777	5. Costo de cubierta de salud auspiciada por el patrono - Cost of employer-sponsored health coverage 0.00	9. Concesiones - Allowances 0.00	19. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips 38460.00		
Fecha de Nacimiento Date of Birth: Día 06 Mes 08 Año 1967	6. Donativos Charitable Contributions 0.00	10. Propinas - Tips 0.00	20. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld 557.67		
2. Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address DEPT DE EDUCACION-CLASIFICADOS AVE. TENIENTE CESAR GONZALEZ ESQUINA CALAF HATO REY, PR 00919	Patrono: - Employer: * Envíe a: - Send to: Social Security Administration Data Operations Center Wilkes-Barre, PA 18769-0001 Con la W-3PR * Envíe al Departamento de Hacienda electrónicamente Send to Department of the Treasury electronically (www.hacienda.pr.gov) * Entregue dos copias al empleado Deliver two copies to employee * Conserve copia para sus récords Keep copy for your records	11. Total=7+8+9+10 38460.00	21. Propinas Seguro Social Social Security Tips 0.00		
Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number		12. Gastos Reemb. y Beneficios Marginales Reimb. Expenses and Fringe Benefits 0.00	22. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected Social Security Tax on Tips 0.00		
Fecha Cese de Operaciones: Cease of Operations Date: Día ____ Mes ____ Año ____		13. Cont. Retenida - Tax Withheld 1916.88	23. Contrib. Medicare no Retenida en Propinas - Uncollected Medicare Tax on Tips 0.00		
Número Confirmación de Radicación Electrónica Electronic Filing Confirmation Number S160021		14. Fondo de Retiro Gubernamental Governmental Retirement Fund 3407.52			
Número Control - Control Number 006272459		15. Aportaciones a Planes Cualific. Contributions to CODA PLANS 0.00			
Fecha de radicación: 31 de enero - Filing date: January 31	Año: 2016	Salarios Exentos (Ver instrucciones) Exempt Salaries (See instructions) Código/Code 0.00			
		16A. 0.00			
		16B. Aportaciones al Programa Ahorra y Duplica tu Dinero - Contributions to the Save and Double your Money Program 0.00			

Reproducido por: Departamento de Hacienda

www.planillaplus.com

Formulario
Form 499R-2/W-2PR
Rev. 07.17



GOBIERNO DE PUERTO RICO - GOVERNMENT OF PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY

222 COMPROBANTE DE RETENCIÓN - WITHHOLDING STATEMENT

1. Nombre - First Name LUIS		3. Núm. Seguro Social Social Security No.		7. Sueldos - Wages 38,460.00		INFORMACIÓN PARA EL DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY INFORMATION		INFORMACIÓN PARA EL SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION	
Apellido(s) - Last Name(s) A ORTIZ OCASIO		4. Núm. de Ident. Patronal Employer Ident. No. (EIN) 660433481-081		8. Comisiones - Commissions 0.00		17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages 0.00			
Dirección Postal del Empleado - Employee's Mailing Address PO BOX 3078 JUNCOS PR 00777		5. Costo de cubierta de salud auspiciada por el patrono - Cost of employer- sponsored health coverage 0.00		9. Concesiones - Allowances 0.00		18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld 0.00			
Fecha de Nacimiento: Date of Birth: Día 6 Mes 8 Año 1967		6. Donativos Charitable Contributions 0.00		10. Propinas - Tips 0.00		11. Total = 7 + 8 + 9 + 10 38,460.00		19. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips 38,460.00	
2. Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address DEPT DE EDUCACION CLASIFICADOS AVE. TENIENTE CESAR GO ESQUINA CALAF HATO REY PR 00919		Patrono: - Employer: • Envíe a: - Send to: Social Security Administration Data Operations Center Wilkes-Barre, PA 18769-0001 Con la With the W-3PR • Envíe al Departamento de Hacienda electrónicamente Send to Department of the Treasury electronically (www.hacienda.pr.gov) • Entregue dos copias al empleado Deliver two copies to employee • Conserve copia para sus récords Keep copy for your records Año: 2017		13. Cont. Retenida - Tax Withheld 1,917.99		14. Fondo de Retiro Gubernamental Governmental Retirement Fund 3,399.63		20. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld 557.67	
Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number (787) 773-3508				15. Aportaciones a Planes Cualific. Contributions to CODA PLANS 0.00		16. Salarios Exentos (Ver instrucciones) Exempt Salaries (See instructions) Código/Code 0.00		21. Propinas Seguro Social Social Security Tips 0.00	
Fecha Cese de Operaciones: Día ____ Mes ____ Año ____ Cease of Operations Date: Day ____ Month ____ Year ____				16A. Aportaciones al Programa Ahorra y Duplica tu Dinero - Contributions to the Save and Double your Money Program 0.00		16B. Aportaciones al Programa Ahorra y Duplica tu Dinero - Contributions to the Save and Double your Money Program 0.00		22. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected Social Security Tax on Tips 0.00	
Número Confirmación de Radicación Electrónica Electronic Filing Confirmation Number S170008								23. Contrib. Medicare no Retenida en Propinas - Uncollected Medicare Tax on Tips 0.00	
Número Control - Control Number 006994149									
Fecha de radicación: 31 de enero - Filing date: January 31									

**INSTRUCCIONES PARA EL EMPLEADO
DEBERÁ SOMETER COPIA AL RENDIR SU PLANILLA**

De acuerdo al Código de Rentas Internas de Puerto Rico de 2011, según enmendado (Código), viene obligado a rendir planilla de contribución sobre ingresos todo individuo residente que:

- sea contribuyente individual o casado, si durante el año contributivo tuviere un ingreso bruto reducido por las exenciones de la Sección 1031.02 del Código mayor de \$5,000;
- sea casado que vivia con su cónyuge y opte por rendir planilla separada, si durante el año contributivo tuviere un ingreso bruto reducido por las exenciones de la Sección 1031.02 del Código de \$2,500 o más; o
- tenga ingreso neto sujeto a contribución básica alterna de \$150,000 o más.

PENALIDAD - El Código dispone lo siguiente: Toda persona obligada bajo cualquier Subtítulo del Código a rendir una planilla, declaración, certificación o informe, que voluntariamente dejare de rendir dicha planilla, declaración, certificación o informe dentro del término o términos fijados por el Subtítulo correspondiente o por reglamentos, además de otras penalidades establecidas por el Código, incurrirá en delito menos grave, y en caso de convicción, será castigada con pena de multa no mayor de \$5,000, o con pena de reclusión por un término máximo de 90 días, o ambas penas, a discreción del tribunal, más las costas del proceso. En aquellos casos en que cualquier persona voluntariamente dejare de rendir dicha planilla, declaración, certificación o informe (dentro de los términos fijados por el Subtítulo correspondiente o por reglamentos), con la intención de evadir o demorar cualquier contribución impuesta por el Código, además de otras penalidades establecidas por el Código, incurrirá en un delito grave de tercer grado, y en caso de convicción, será sancionada con pena de reclusión la cual fluctuará entre tres años un día y ocho años. El Tribunal a su discreción podrá imponer la pena fija de reclusión establecida o pena de multa que no excederá de \$20,000, o ambas penas, más las costas del proceso.

Retenga copia de este formulario para sus récords. Puede usarla para establecer su derecho a los beneficios de seguro social. Si su nombre, dirección o número de seguro social están incorrectos, informe el error a su patrono para que le complete un Formulario 499R-2c/W-2cPR.

**INSTRUCTIONS FOR THE EMPLOYEE
A COPY MUST BE SUBMITTED WITH YOUR RETURN**

Pursuant to the Puerto Rico Internal Revenue Code of 2011, as amended (Code), an income tax return must be filed by any resident individual who:

- is an individual or married taxpayer, who during the taxable year had gross income, reduced by the exemptions established in Code Section 1031.02, greater than \$5,000;
- is a married individual who lived with his/her spouse, and elects to file separate returns, that during the taxable year had gross income, reduced by the exemptions established in Code Section 1031.02, of \$2,500 or more; or
- has net income subject to alternate basic tax of \$150,000 or more.

PENALTY - The Code provides the following: Every person required under any Subtitle of the Code to file a return, statement, certification or report, who wilfully fails to file such return, statement, certification or report within the term or terms established by the corresponding Subtitle or by regulations, in addition to other penalties provided by the Code, shall be guilty of a misdemeanor, and upon conviction thereof, punished by a fine of not more than \$5,000, or imprisonment for a term of not more than 90 days, or both penalties, at the discretion of the Court, plus the costs of prosecution. In the case of any person who wilfully fails to file such return, statement, certification or report (within the terms established by the corresponding Subtitle or by regulations), with the intention to evade or defeat any tax imposed by the Code, in addition to other penalties provided by the Code, shall be guilty of a third degree felony, and upon conviction thereof, punished by imprisonment for a term ranging from three years and one day to eight years. The Court may impose, at its discretion, the fixed penalty of imprisonment provided or a fine of not more than \$20,000, or both penalties, plus the costs of prosecution.

Keep copy of this form for your records. You can use it to prove your right to social security benefits. If your name, address or social security number is incorrect, inform this to your employer and request a Form 499R-2c/W-2cPR.

Formulario 482 Rev. 23 oct 18

Liquidador		Revisor		2018		GOBIERNO DE PUERTO RICO DEPARTAMENTO DE HACIENDA		2018		Número de Serie			
PLANILLA DE CONTRIBUCIÓN SOBRE INGRESOS DE INDIVIDUOS AÑO CONTRIBUTIVO 2018 O AÑO COMENZADO EL										<input type="radio"/> PLANILLA ENMENDADA <input type="radio"/> FALLECIDO DURANTE EL AÑO: ____/____/____ <input type="radio"/> CONTRIBUYENTE <input type="radio"/> CÓNYUGE <input type="radio"/> CÓNYUGE SUPERSTITE RINDE OTRA PLANILLA PARA EL AÑO CONTRIBUTIVO (Indique seguro social y fecha de defunción del cónyuge fallecido: ____/____/____)			
R	G	RO	V1	V2	P1	P2	N	D1	D2	E	A	M	
01 de 01 de 2018 Y TERMINADO EL 31 de 12 de 2018													
Nombre del Contribuyente			Inicial		Apellido Paterno		Apellido Materno		Número de Seguro Social Contribuyente				
LUIS					ORTIZ		OCASIO						
Dirección Postal						Fecha de Nacimiento			Sexo				
URB PARAISO DE COAMO						Día Mes Año			<input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/> F				
615 CALLE PAZ						Número de Seguro Social Cónyuge							
COAMO PR Código Postal 00769						Fecha de Nacimiento del Cónyuge			Sexo				
Nombre e Inicial del Cónyuge						Apellido Paterno			Apellido Materno				
						Día Mes Año			<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F				
Dirección Residencial Completa (Barrio o Urbanización, Número, Calle)						Teléfono Residencia							
URB PARAISO DE COAMO						787-403-5354							
615 CALLE PAZ						Teléfono del Trabajo							
COAMO PR Código Postal 00769						Cambio de Dirección: <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> No							
Correo Electrónico (E-Mail) planillas@apagpr.com						SOLICITÓ PRÓRROGA: <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> No			CONTRATO GOBIERNO: <input type="radio"/> Contribuyente <input type="radio"/> Cónyuge				
ENCUESTA DE MAYOR INGRESO:													
A. <input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO ¿Ciudadano de Estados Unidos? (Véanse instrucciones) B. <input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO ¿Residente de Puerto Rico durante todo el año? Si contestó "No", indique una de las siguientes: 1. <input type="radio"/> Fecha de mudanza a P.R. (Día ____/____/____) 2. <input type="radio"/> Fecha de mudanza fuera de P.R. (Día ____/____/____) 3. <input type="radio"/> No residente durante todo el año C. <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO ¿Generó ingresos fuera del período de residencia en P.R. que no se incluyen en esta planilla? (Si contestó "SI", indique la cantidad): 1. <input type="radio"/> Atribuible al contribuyente \$ ____ 2. <input type="radio"/> Atribuible al cónyuge \$ ____ D. <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO ¿Otros ingresos excluidos o exentos de contribución? (Someta Anejo IE Individuo) E. <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO ¿Individuo residente inversionista? (Someta Anejo F1 Individuo) F. <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO ¿Socio de una sociedad sujeta a tributación bajo el Código de Rentas Internas Federal? G. <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO ¿Militar activo en zona de combate durante el año contributivo? (Fecha en que cesó en el servicio: Día ____/____/____) H. <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO ¿Médico cualificado bajo la Ley 14-2017? 1. <input type="radio"/> Contribuyente (Núm. decreto ____) 2. <input type="radio"/> Cónyuge (Núm. decreto ____) I. FUENTE DE MAYOR INGRESO: 1. <input type="radio"/> Empleado del Gobierno, Municipios o Corporaciones Públicas 2. <input type="radio"/> Empleado del Gobierno Federal 3. <input type="radio"/> Empleado de Empresa Privada 4. <input type="radio"/> Retirado/Pensionado 5. <input type="radio"/> Trabajo Cuenta Propia (Indique la industria o negocio principal) 6. <input type="radio"/> Otro ____ J. ESTADO PERSONAL AL FINALIZAR EL AÑO CONTRIBUTIVO: 1. <input type="radio"/> Casado (Ennegrezca aquí <input type="radio"/> si se acoge al cómputo opcional y pase al Anejo CO Individuo) 2. <input checked="" type="radio"/> Contribuyente individual (Ennegrezca e indique nombre y seguro social del cónyuge si es: <input type="radio"/> Casado con capitulaciones de total separación de bienes <input type="radio"/> Casado que no vivía con su cónyuge) <input type="radio"/> Casado que rinde por separado (Indique nombre y seguro social del cónyuge arriba) Ocupación del contribuyente Maestro de Escuela 6110 Ocupación del cónyuge ____													
PASE A LA PÁGINA 2 PARA DETERMINAR SU REINTEGRO O PAGO.													
1. CONTRIBUCIÓN PAGADA EN EXCESO (Encasillado 3, línea 29. Indique distribución en las líneas A, B, C y D) 01 (01) 304 00 A) Acreditar a la contribución estimada 2019 (02) 00 B) Aportación al Fondo Especial para el Estuario de la Bahía de San Juan (03) 00 C) Aportación al Fondo Especial para la Universidad de Puerto Rico (04) 00 D) A REINTEGRAR (Si desea que se le deposite el reintegro directamente en una cuenta, complete el Encasillado de Depósito) (05) 304 00													
2. TOTAL NO PAGADO DE LA CONTRIBUCIÓN (Encasillado 3, línea 29) (06) 00 3. Menos: Cantidad pagada (a) Con Planilla o Electrónicamente a través de un Programa Certificado (07) 00 (b) Intereses (08) 00 (c) Recargos y Penalidades (09) 00 4. BALANCE PENDIENTE DE PAGO (Línea 2 menos línea 3(a) más líneas 3(b) y 3(c)) (10) 0 00													
AUTORIZACIÓN PARA DEPÓSITO DIRECTO DE REINTEGRO													
Tipo de cuenta <input type="radio"/> Cheques <input checked="" type="radio"/> Ahorros Número de ruta/tránsito 0 2 1 5 8 3 1 1 1 Número de su cuenta 0 0 1 0 0 8 4 2 9 Cuenta a nombre de: LUIS ORTIZ OCASIO y (Nombre completo en letra de molde según aparece en su cuenta. Si es casado y rinde planilla conjunta, incluya el nombre del cónyuge)													
Declaro bajo penalidad de perjurio que he examinado la información incluida en esta planilla, anejos y documentos que se acompañan, y que la misma es cierta, correcta y completa. La declaración de la persona que prepara la planilla (excepto el contribuyente) es con respecto a la información disponible y dicha información ha sido verificada.													
Firma del Contribuyente						Fecha			Firma del Cónyuge			Fecha	
✓ FIRMADA ELECTRONICAMENTE						12/3/2019			✓				

Formulario
Form 499R-2/W-2PR
Rev. 07.18GOBIERNO DE PUERTO RICO - GOVERNMENT OF PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY

222

COMPROBANTE DE RETENCIÓN - WITHHOLDING STATEMENT

1. Nombre - First Name LUIS A		3. Núm. Seguro Social Social Security No.		INFORMACIÓN PARA EL DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY INFORMATION		INFORMACIÓN PARA EL SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION	
Apellido(s) - Last Name(s) ORTIZ OCASIO		4. Núm. de Ident. Patronal Employer Ident. No. (EIN) 66-0433481		7. Sueldos - Wages 39,293.35		17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages 0.00	
Dirección Postal del Empleado - Employee's Mailing Address PO BOX 3078 JUNCOS PR 00777		5. Costo de cubierta de salud auspiciada por el patrono - Cost of employer- sponsored health coverage 0.00		8. Comisiones - Commissions 0.00		18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld 0.00	
Fecha de Nacimiento: Día 6 Mes 8 Año 1967 Date of Birth: Day Month Year		6. Donativos Charitable Contributions 0.00		9. Concesiones - Allowances 0.00		19. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips 39,293.35	
2. Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address DEPT DE EDUCACION CLASIFICADOS AVE. TENIENTE CESAR GO ESQUINA CALAF HATO REY, PR 00919-0000		Indique si la remuneración incluye pagos al empleado por: Indicate if the remuneration includes payments to the employee for: A - <input type="checkbox"/> Servicios prestados por un médico cualificado bajo la Ley 14-2017 Services rendered by a qualified physician under Act 14-2017		10. Propinas - Tips 0.00		20. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld 569.75	
Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number		B - <input type="checkbox"/> Servicios domésticos Domestic services		11. Total = 7 + 8 + 9 + 10 39,293.35		21. Propinas Seguro Social Social Security Tips 0.00	
Fecha Cese de Operaciones: Día Mes Año Cease of Operations Date: Day Month Year		C - <input type="checkbox"/> Otros / Others:		12. Gastos Reemb. y Beneficios Marginales 0.00		22. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected Social Security Tax on Tips 0.00	
Número Confirmación de Radicación Electrónica Electronic Filing Confirmation Number F0717193216		Año: 2018 Year:		13. Cont. Retenida - Tax Withheld 1,999.54		23. Contrib. Medicare no Retenida en Propinas - Uncollected Medicare Tax on Tips 0.00	
Número Control - Control Number 180075728		Fecha de radicación: 31 de enero - Filing date: January 31		14. Fondo de Retiro Gubernamental Governmental Retirement Fund 3,482.52			
				15. Aportaciones a Planes Calificados Contributions to CODA PLANS 0.00			
				Salarios Exentos (Ver instrucciones) Exempt Salaries (See instructions) Código/Code 16. 0.00			
				16A. 0.00			
				16B. 0.00			
				16C. Aportaciones al Programa Ahorra y Duplica tu Dinero - Contributions to the Save and Double your Money Program 0.00			

Spur/15.



Sello



5120
02/08/2019
\$1.00
Sello de Rentas Internas
00063-2019-0208-45635000